問　診　票

ふりがな 氏　名		男 女	大正 昭和　　年　　月　　日（　　歳） 平成
住　所	（〒　　ー　　）	電　話： 緊急時：	
職　業		身長：　　cm	体重：　　kg
仕事上の怪我　・　事故の怪我　・　その他		ジェネリックを希望する　・　希望しない　・　どちらでもよい	

≪ジェネリックを希望の方へ≫外用剤をジェネリックにする場合、薬剤の皮膚への浸透効果が悪くなり効果が落ちることがあります。
そのため当院では外用剤は先発品の使用を勧めさせていただいております。ご了承いただけますか？　　**はい　・　いいえ**

いつからどのような症状がありますか

ａ．　いつから：

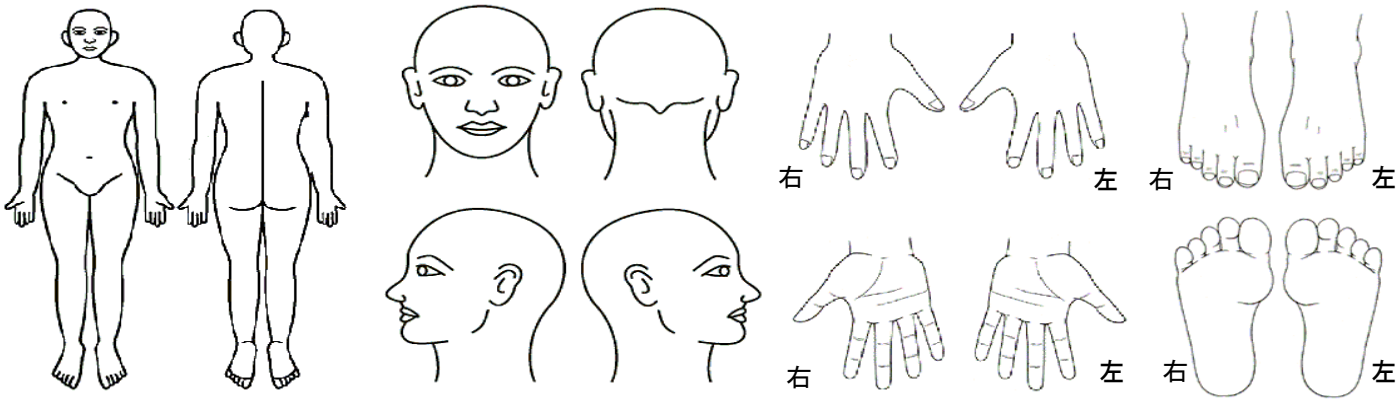
ｂ．　症状（〇をつけてください）：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、いぼ、ホクロ、きず
虫刺され、できもの、にきび、脱毛、あざ、その他（　　）

ｃ．　その他症状についてこれまで治療をうけたことがありますか？：　　はい　・　いいえ

⇒「はい」の方は、どのような治療を受けられましたか？

内服薬：　　外用剤：　　その他：

ｄ．　部位（絵に印をつけてください。）



２．　現在、他に治療中の病気はありますか？　　はい　・　いいえ

⇒　「はい」の方は、病名と薬を書いてください。（病名：　　）

［薬：　　］

※診察時に薬手帳をみせていただくのでも構いません。

３．　今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎　アレルギー性鼻炎（花粉症）　喘息　糖尿病　心臓病　高血圧　胃潰瘍　肝臓疾患

腎臓疾患　膠原病　前立腺肥大　緑内障　輸血　その他（　　）

手術（　　）

４．　薬、食べ物にアレルギーはありますか？　　はい　・　いいえ

⇒「はい」の方は、具体的に教えてください。

（　　）

５．　**＜女性の方に＞**　現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？　授乳中ですか？

ａ，　現在妊娠している（　　ヶ月）　　ｂ，　可能性あり　　ｃ，　可能性なし　　ｄ，授乳中

６．　当院をどのようにして知りましたか？

ａ，　知人の紹介　　ｂ，　通りががり　　ｃ，　ホームページ　　ｄ，その他（　　）