

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (才)
お名前					
住 所	(〒 —)				ご職業
電話番号	— —	(お持ちの方は) 携帯番号	— —		

※携帯電話は緊急時に必要となることがありますのでお持ちの方はご記入ください

ご記入いただいた情報は診療の目的以外には利用いたしません

1. どのような症状で来院されましたか？

① かゆみ・はれ・いたみ・できもの・けが・やけど
しみ・しわ・髪の毛・つめ・その他 ()

② 症状の部位(場所)を教えてください。

体(顔) 図に○をつけてください。

③ その症状はいつ頃からありますか？

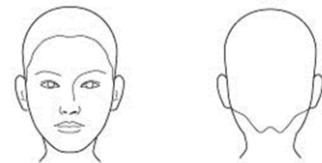
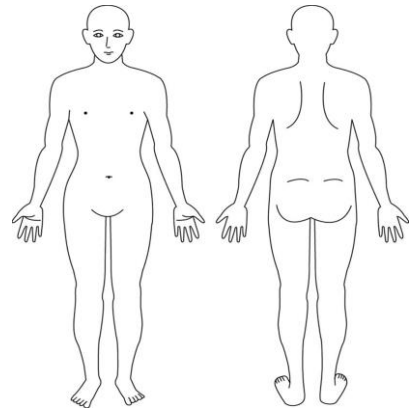
④ その症状について、以前に治療を
受けられましたか？

いいえ ・ はい

薬の名前(わかる範囲で結構です)

()

病・医院名 ()



2. 今までにした大きな病気や、治療中の病気・使用中の薬等があれば教えてください。

3. 今までに食べ物・お薬などでアレルギーを起こされたことはありますか？

いいえ ・ はい ()

4. 小学生以下の患者さまは体重を教えてください。() kg

5. (女性の方にお聞きします)

現在、妊娠されていますか？ または可能性がありますか？

いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中

6. 診療明細書の発行を希望されますか？ いいえ ・ はい

ありがとうございました



いけだ皮フ科クリニック