

問診票

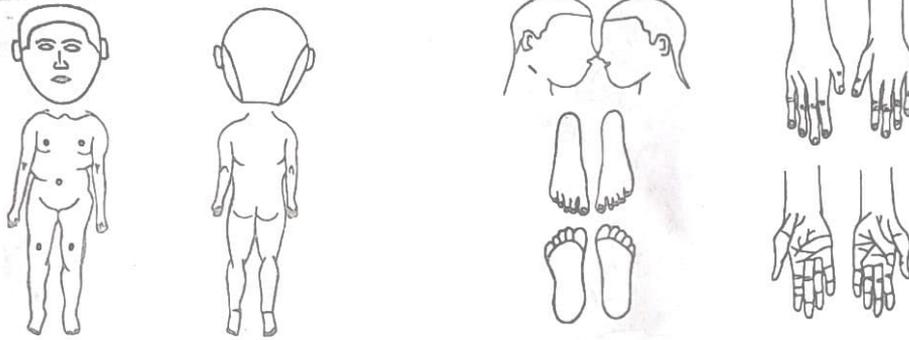
令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
住所	〒	※日中必ず連絡がつく 電話番号をお願いします 電話番号
かかりつけ 総合病院	なし・あり (病院)	() —

1. 今日診てもらいたい症状について

※ 5日以内に発熱 有 (日前 ℃) ・ 無

①部位 (印をつけてください)



②症状: (かゆい・痛い・水虫・いぼ・できもの・にきび・かぶれ・やけど・抜け毛・ふけ・しみ)

③いつから(年前から、 カ月前から、 週前から、 日前から)

④上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか?

いいえ はい → (薬品名:) 紹介状 (あり ・ なし)

2. 現在治療中の病気はありますか? いいえ はい 病名 ()

3. 現在内服しているお薬はありますか? お薬手帳を持ってきている方はご提出してください。

いいえ はい 薬品名 () 開始時期 ()

4. 今までに下記の病気にかかったことがありますか?

アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性皮膚炎 (花粉症) ・ 喘息 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 痛風
糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 透析中 ・ 膠原病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
結核 ・ 脳梗塞 ・ 精神疾患 ・ 輸血 ・ 手術 () その他 ()

5. 今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか?

いいえ はい → 飲み薬、塗り薬、注射、食べ物、倒れた、発疹、息苦しくなった、その他
品、食物の名前 ()

6. 女性の方はお答えください。

(妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない) (授乳中 ・ 出産の経験がある)

7. 当院をどうやって知りましたか?

① 知人の紹介 ② 病院からの紹介 ()病院 ③ ホームページを見て ④ その他 ()

当院は診察情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。