

問診表

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(才)
住所	〒		
電話番号	()	携帯番号	()

★いつからお困りですか

()

★症状のある部位をご記入ください。

★どのような症状ですか

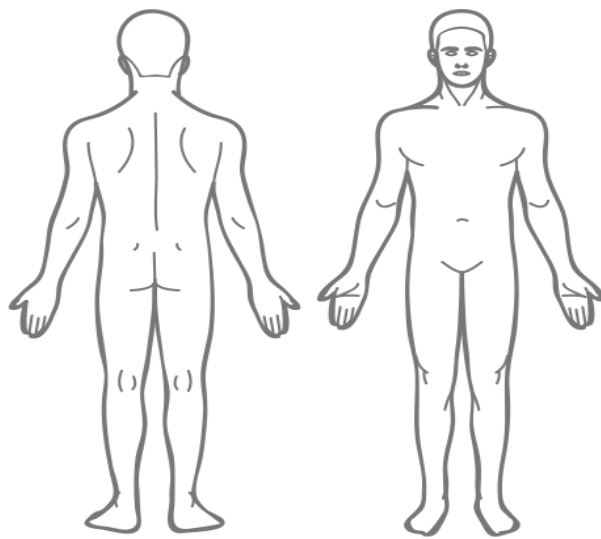
かゆみ 赤み 痛み 腫れ

ぼつぼつ カサカサ やけど イボ

水虫 ニキビ 虫刺され

その他 ()

ピアス (自費) AGA (自費) 感染症検査



* 今までに同じ症状で使用されていたお薬はございますか。(いいえ・はい)

()

★以下の質問にお答えください

* 他院で治療を受けている、またはお薬を飲まれていますか。(いいえ・はい)

病院のお名前: _____

お薬のお名前: _____

* 緑内障または眼圧が高いと言われたことがありますか。(いいえ・はい)

* 今までにかかったことのある病気を教えてください。

糖尿病・高血圧・高脂血症・高尿酸血症(痛風)・喘息・胃潰瘍・胃炎・肝臓病

腎臓病・心臓病・結核・血がとまりにくい病気・その他 ()

* 薬・注射のアレルギーはございますか? いいえ・はい お薬の名前:

* 食物・その他のアレルギーはございますか? いいえ・はい アレルギーの名前

男性の方はお答えください

前立腺肥大の指摘を受けた、または尿が出にくいなどの症状がありますか。(いいえ・はい)

女性の方はお答えください

現在妊娠中または授乳中ですか。(いいえ・はい 月・可能性あり・授乳中)

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

外苑前いちよう並木クリニック