

# 問診表

令和 年 月 日

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

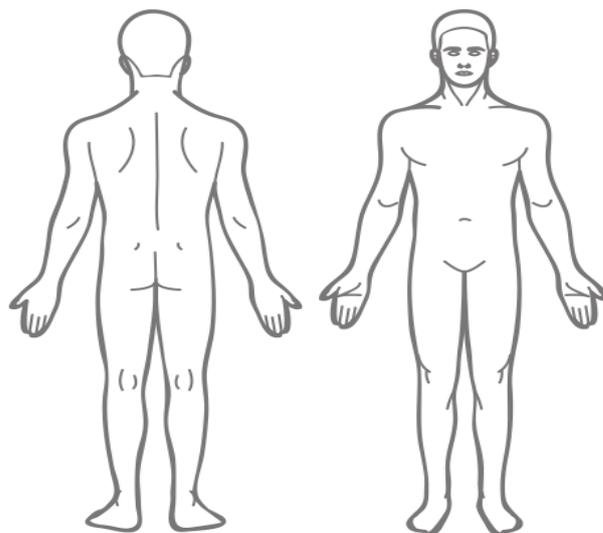
★いつからお困りですか

( )

★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



★症状の原因は交通事故または仕事ですか

- いいえ 交通事故 工作中(労災)

\* 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