

# 問 診 票

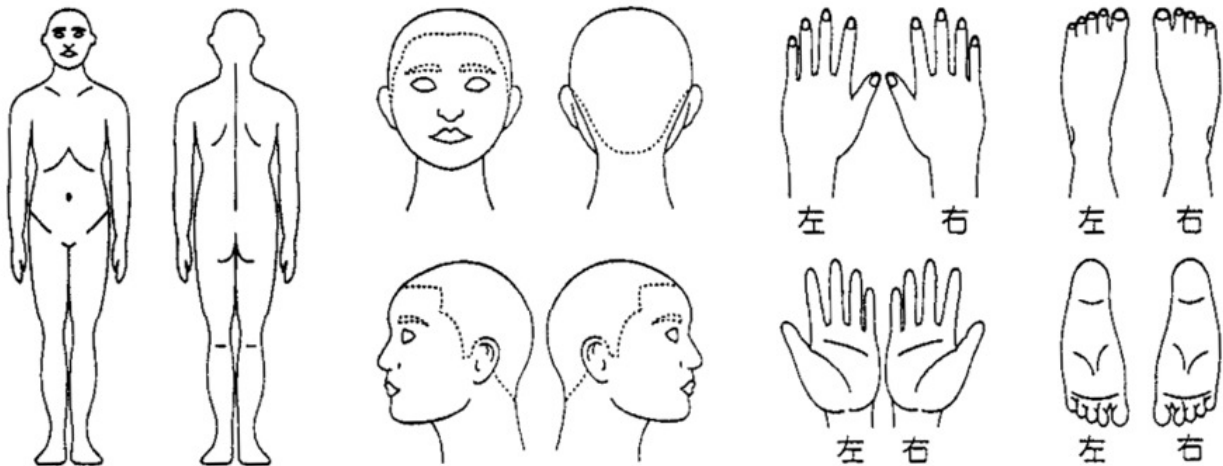
平成 年 月 日

フリガナ	姓	名	男	生年月日	明 昭	年	月	日	才
氏 名			女		大 平				
住 所	(〒 )			電話 ( )					
職 業 (具体的に)				身長	cm		体重	kg	

1. いつからどんな症状がありますか

a) いつから：( 年前、 カ月前、 週前、 日前)から

b) 部 位：(下の図に丸を付けて下さい。)



c) 症 状：かゆい・痛い・にきび・いぼ・ほくろ・その他 ( )

d) 上記の症状に関して、治療を受けられたことがありますか ( はい・いいえ )

2. 現在、他の病気で治療されていますか

(病名 ) 医院名 ( )

3. 今までに、どんな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

1. じんま疹 2. 喘息 3. 花粉症 4. 緑内障 5. 糖尿病 6. 胃潰瘍

7. 高血圧 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 前立腺肥大

11. 手術 (手術名 ) 12. その他 ( )

4. 薬、食べ物などで異常があったことがありますか ( ある・ない )

薬、食べ物の名前 ( )

5. 女性の方にお聞きします

a) 現在、妊娠していますか、またはその可能性がありますか

1. 現在妊娠している ( カ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

b) 現在、授乳中ですか ( はい・いいえ )

6. 日ごろ、自動車やバイクの運転をよくされますか ( はい・いいえ )

7. その他気のついたことがありましたらご記入下さい



かわい皮フ科  
クリニック