

問診票

西暦 年 月 日

しめい 氏名	男 女	生年 月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
じゅうしょ 住所	〒	電話	自宅 携帯	

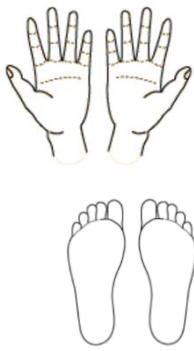
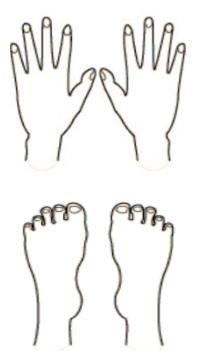
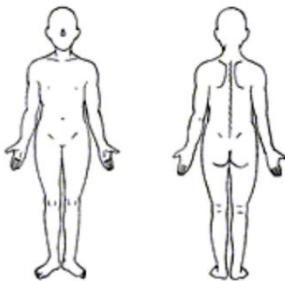
1. 1週間以内に 37°C以上の発熱や風邪症状がありましたか? (はい・いいえ)

2. 今日は、どのような症状ですか?

症状: 湿疹 じんましん ニキビ イボ 水虫 ケガ やけど 黒子

その他 ()

部 位: 下の図に○印をして下さい。



3. 症状の経過を教えて下さい。

4. この症状で通院中の病院はありますか? (はい・いいえ)

薬名 () 病院名 ()

5. 現在、治療中の病気、もしくは以前に治療した病気はありますか? (はい・いいえ)

・喘息 じんましん ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・糖尿病 ・高血圧 ・緑内障 ・脳疾患

・心臓疾患 ・肝疾患 ・腎疾患 ・感染症 (B型肝炎 C型肝炎 梅毒 エイズ等)

・その他 ()

病院名 ()

薬名 ()

6. 今までに薬・注射・食べ物などでアレルギーを起こしたり、テープ・消毒でかぶれたことがありますか? (はい・いいえ)

“はい”の方は内容を下記にお書き下さい。

()

7. 内服は希望しない。 (はい・いいえ)

8. ご家族の方で次の病気の方はいますか。

・喘息 じんましん ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・糖尿病

9. あなたの現在のお仕事を具体的に書いてください。

10. 妊娠の可能性はありますか。

・妊娠している (ヶ月) ・可能性あり ・可能性なし ・授乳中 ・不妊治療中

出産予定日 (年 月 日)