

# 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

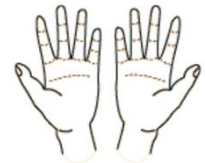
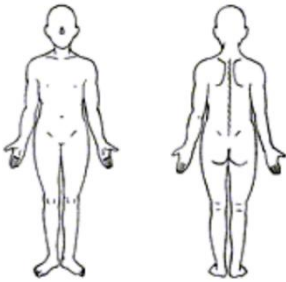
1. 1週間以内に37℃以上の発熱や風邪症状がありましたか？ (はい・いいえ)

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ください。

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 (ぜんそく) ・蕁麻疹 (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 (ぜんそく) ・蕁麻疹 (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 ( 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 )