

◇◇◇ 受診受付票 ◇◇◇

ご記入お願いいたします。□には当てはまるものにチェックを付けて下さい。

ご住所	〒 -	
ふりがな		
お名前		男 ・ 女
生年月日	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	
電話番号		
携帯電話番号		
ご職業		
同居家族	□父 □母 □配偶者 □兄弟 ( 人) □子供 ( 人) □祖父 □祖母 □孫 ( 人) □その他 (	

◆次の病気がありますか？

- 高血圧  心臓の病気  糖尿病  肝機能障害  腎機能障害  血液の病気  
 その他 ( )

◆上記の病気以外で病院にかかっているご病気はありますか？

- いいえ  はい 病名 (

◆今、飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ  はい お薬の名前 (

◆今までかかった大きな病気があればお書き下さい。

( )

◆薬や食べ物、花粉や金属類などのアレルギーはありますか？

- いいえ  はい 何のアレルギーですか？ (

◆喫煙の習慣がありますか？

- いいえ  禁煙中  喫煙の習慣がある

◆アルコールは飲みますか？

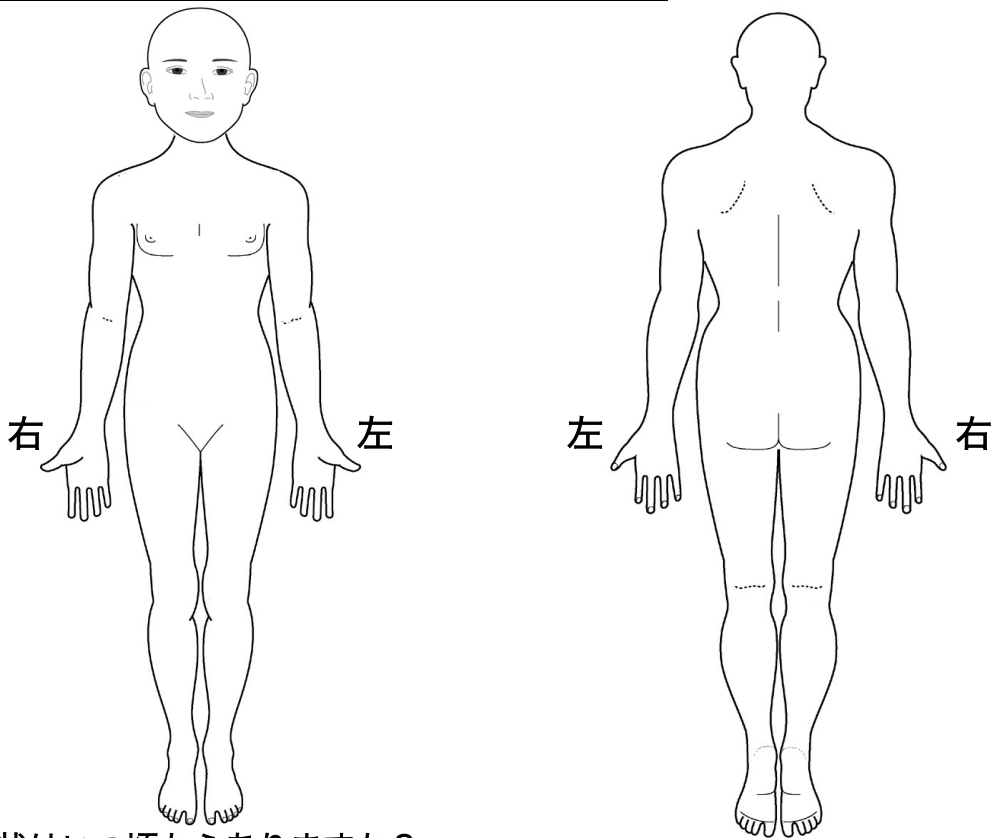
- いいえ  ときどき  ほぼ毎日

※2枚目の問診票もご記入ください

◆◆◆ 問診表 ◆◆◆

お名前 \_\_\_\_\_

- I ①どこに症状がありますか？図に○をしてください。  
複数ある場合は場所に番号を記入してください。



- ②その症状はいつ頃からありますか？

- ③どんな症状がありますか？当てはまる症状に□にチェックを入れてください。  
複数の部位がある場合で症状が違う場合、□に部位につけた番号を記入してください。  
かゆみ 痛み 腫れ 赤み かさついている ぶつぶつしている  
皮ふがもりあがっている できものがある 皮ふがむけている 膿んでいる  
浸出液(体液)がでる 皮ふがじゅくじゅくしている 水ぶくれができています  
その他 ( )

- ④何か原因と考えられるような出来事があればお書き下さい。

- ⑤この症状で内服しているお薬や外用薬があればご記入下さい。  
(市販薬・市販の保湿剤含む)

- II ①女性のみお答え下さい。現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠の可能性がある 妊娠中 ( 週目)

- ②女性のみお答え下さい。現在、授乳中ですか？

いいえ 授乳中

ご記入ありがとうございました。