

◇◇◇ 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			男・女
お名前			
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

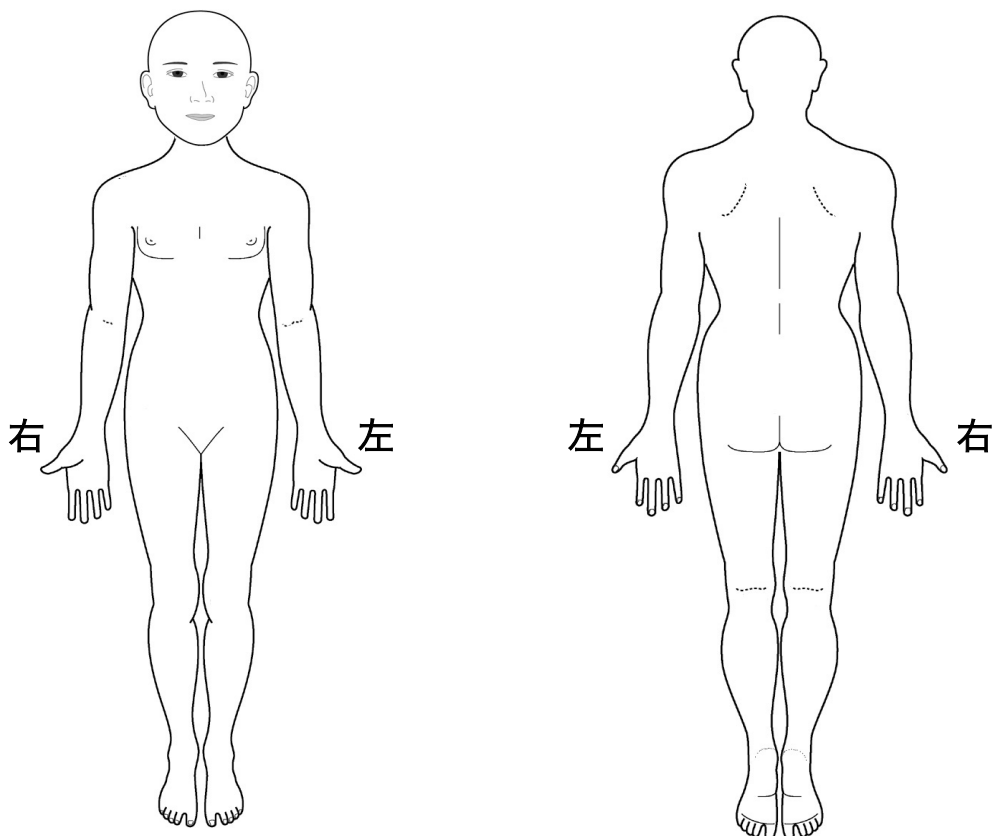
※ 2枚目の問診票もご記入ください

◆◆◆ 問診表 ◆◆◆

お名前 _____

① 症状はいつから始まりましたか？ → _____

② どこに症状がありますか？図に○をしてください。



③ その部位の皮ふはどのようになっていますか？ (例：赤くなっている ぶつぶつしている 腫れているなど)

④ かゆみがありますか？ ある・ない

⑤ 痛みがありますか？ ある・ない

⑥ 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。

⑦ 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)

⑧ 女性のみお答え下さい。現在、妊娠の可能性ありますか？

いいえ 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週目)

⑨ 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。