

◆◆◆ 受診受付票 ◆◆◆

ご住所	〒 -					
ふりがな						
お名前	男・女					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年 月 日		
電話番号						
携帯番号						
ご職業						
同居家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟（人） <input type="checkbox"/> 子供（人） <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 孫（人） <input type="checkbox"/> 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
緑内障 前立腺肥大症 ()

◆ 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

◆ マイナンバーカードを保険証として利用した方のみお答え下さい。

- 診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

2枚目の問診票もご記入ください ►►►

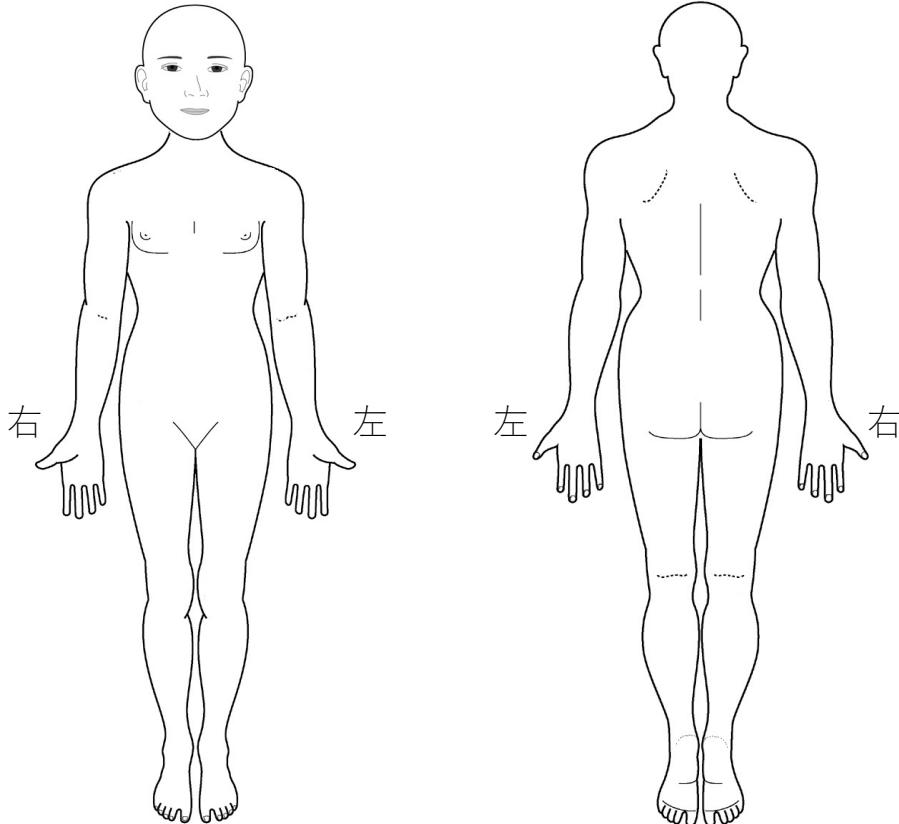
◆◆◆ 問診票 ◆◆◆

お名前 _____

問診票に記入のない症状・部位については診察いたしかねます
もれのないようご記入をお願いいたします

◆ 症状はいつから始まりましたか？→ _____

◆ どこに症状がありますか？図に○をしてください



◆ 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)

◆ かゆみがありますか？ ある・ない

◆ 痛みがありますか？ ある・ない

◆ 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

◆ この症状に対して使用中の飲み薬・塗り薬はありますか？(市販薬・市販の保湿剤含む)

◆ 女性のみお答え下さい。該当する項目にチェックしてください

妊娠の可能性がある 妊娠中（ 週目） 授乳中 いずれも該当しない

ご記入ありがとうございました