

◆◆◆ 受診受付票 ◆◆◆

ご住所	〒            -		
ふりがな			男 ・ 女
お名前			
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 ▶▶▶**

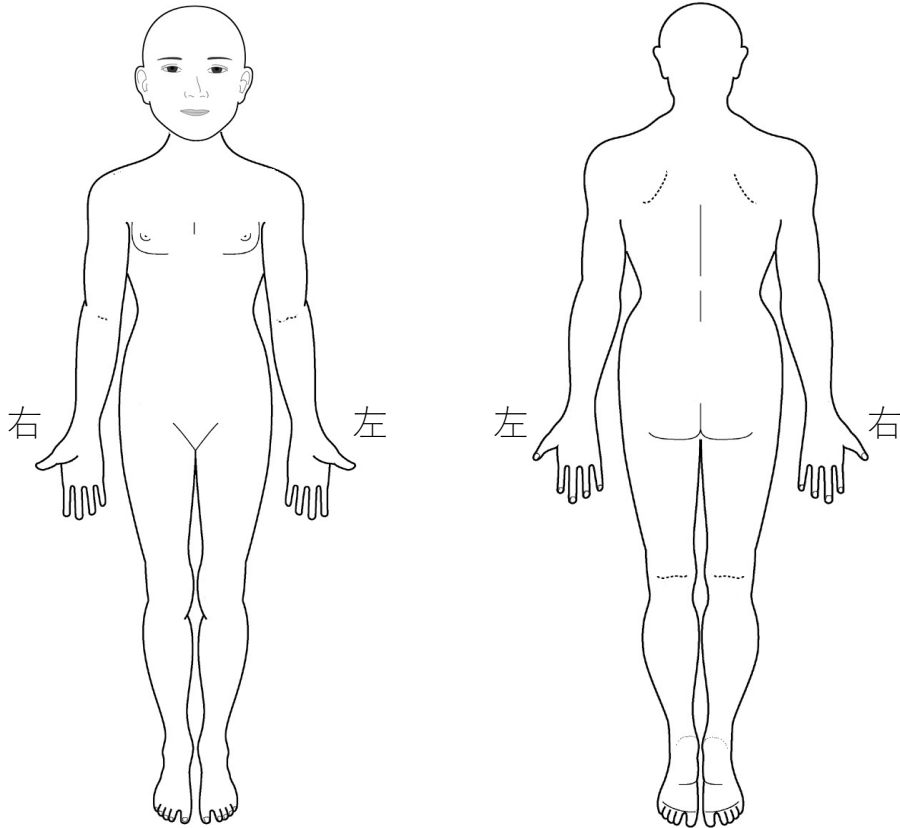
## ◆◆◆ 問診票 ◆◆◆

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なになっていますか？(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