

診療申込・問診票

ID _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		生	明治				体重
氏名	男 ・ 女	年	大正				15歳まで
		月	昭和	年	月	日	Kg
住所	〒	日	平成	年	月	日	歳
		電話	自宅				
				携帯			

- 本日受診することになった主な発症時期と症状は？
下の時期と右の図に○印をお願いします

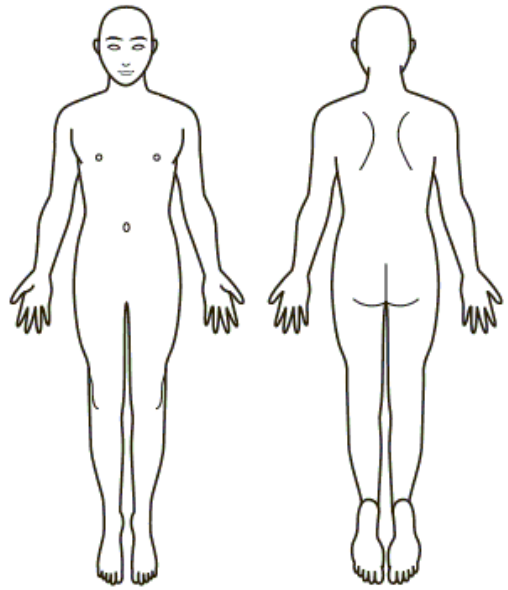
発症部位に印をつけてください

【いつから】

今朝から・昨夜から・昨日から
一昨日前から・2～3日前から・数日前から
その他 ()

【どんなようすですか】

アトピー・にきび・虫さされ・かぶれ・あせも
水虫・ほくろ・しみ・いぼ・円形脱毛
痛い・かゆい・痛がゆい・化膿している・腫れる
赤くなる・乾燥・黒い・すり傷・切り傷
その他 ()



- 今までにかかった主な病気、けが、手術は？
高血圧・高脂血症・糖尿病・肝炎・癌・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・喘息

- 今までにくすりや食べ物に対するアレルギーがありましたか？
(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと)

あり → 薬や食べ物の種類： _____
なし

- 現在の妊娠と授乳について

していない・している → _____ ヶ月 授乳している

- お酒やたばこは1日どれくらい飲みますか？

酒 _____ 合 ビール _____ 本 その他 (_____) たばこ _____ 本

当院はあなたの病歴をずっと管理いたしますので、診察後お渡しします
診察券を、来院の際には必ずご持参ください。