

問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前					<input type="checkbox"/> 昭和		
ご住所	〒	自宅電話番号		()	-	() 歳	
		携帯電話番号		()	-		
勤務先/学校		職業		勤務先電話	()	-	
E Mail	@						

該当する項目 チェックを付けてお答えください。

今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹
	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 虫刺され
	<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> にきび
	<input type="checkbox"/> 皮膚が赤い	<input type="checkbox"/> イボ
	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> シミ
	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 水虫
	<input type="checkbox"/> 水ぶくれ	<input type="checkbox"/> 巻き爪
	<input type="checkbox"/> 乾燥している	<input type="checkbox"/> 花粉症
	<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> やけど
	<input type="checkbox"/> とびひ	<input type="checkbox"/> けが
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 週前から <input type="checkbox"/> () 年前から	
現在他の皮膚科で治療をしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名 :
現在使用している内服薬や外用薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	薬品名 :
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	薬品名 () 食品名 ()
他の病気で治療していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名 : ① () 歳 () ③ () 歳 () ② () 歳 () ④ () 歳 ()
女性の方へ質問します	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 () 週目 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
自費で興味のあるものは？	<input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> ニンニク注射 <input type="checkbox"/> ビタミン注射 <input type="checkbox"/> ドクターズコスメ	
何でクリニックを知りましたか？	<input type="checkbox"/> 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> その他 ()	

書類・結果・お薬手帳・お薬情報などお持ちでしたら受付へ