

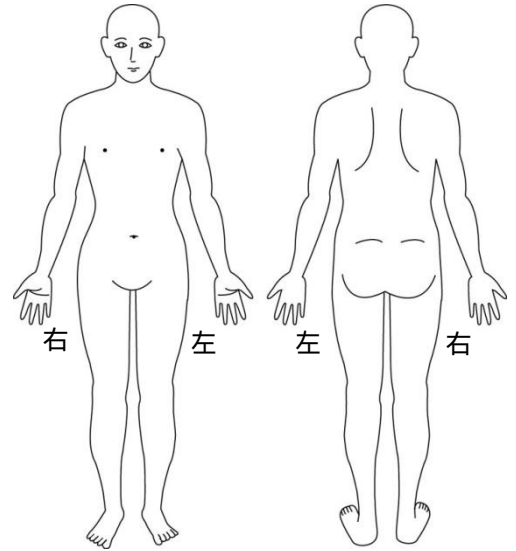
◎ ○ 問 診 票 ○ ◎

年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日 歳	
住所	〒	電話番号 <small>（未成年の方は保護者の連絡先もご記入ください）</small>	自宅：	
			携帯：	
		身長・体重	cm	kg

1. いつから、どのような症状がありますか
また、その部位に丸を付けてください

いつから： 日前 週間前 ヶ月前
 症 状： かゆい 痛い できもの 水虫 いぼ
 ほくろ かさつき にきび 巻き爪
 シミ 発疹 脱毛 虫刺され



2. 上記の症状で、今までに医療機関を受診されましたか
はい（どこで ） ・ いいえ

3. 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けたりしましたか
（ ）

4. 入院や手術などをしたことがありますか
ない ・ ある（その時の年齢： 病名： ）

5. 常用しているお薬がありますか
ない ・ ある（お薬： ）

6. 薬、食べ物などでアレルギーがあったことはありますか
ない ・ ある（その薬、食べ物： ）

7. <女性の方> 現在妊娠中ですか、妊娠の可能性がありますか。また授乳中ですか
いいえ ・ はい ⇒（妊娠 ヶ月： 授乳中）

8. 当クリニックにご来院されたきっかけは何でしょうか
 知人の紹介 病院からの紹介 ホームページ 直接見て
 その他（ ）

