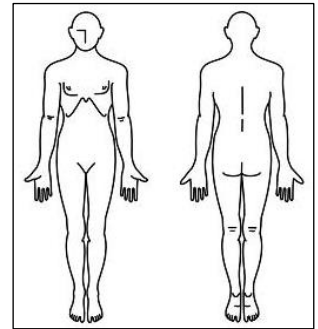




ふりがな 氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳) 男・女
住所 〒	電話番号 (連絡のつきやすい番号をお願いします。)
・15歳以下のお子さんは体重 Kg	・職場・学校でのケガや病気ですか? はい いいえ

1 本日診察を希望する部位を右の図に丸をしてください。
 ※にきびで診察を希望の方はにきび用の問診票もご記入ください。

2 症状はいつからですか? 3 どんな症状ですか?



4 現在下記の病気がある方は□にレ点をいれてください。
高血圧 糖尿病 胃潰瘍 緑内障 骨粗しょう症
腎機能障害 肝機能障害 排尿障害・前立腺肥大
アレルギー性鼻炎・花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹
 ※上記の他に現在治療中の病気はありますか?
 いいえ ・ はい → 病名

5 過去に大きな病気をされたことのある方は年齢、病名を教えてください。
 年齢 病名

6 現在内服しているお薬 (処方薬、市販薬、サプリメントなど) を教えてください。
 ※内服薬が沢山ある方はお薬手帳や薬剤情報用紙を受付に出して頂いても結構です。
 医療機関名:
 内服薬:
 サプリメント:

7 お薬や食べ物などのアレルギーはありますか?
 いいえ ・ はい → ・薬剤名
 ・食品名
 ・その他 (金属・ 蜂・ うるし・ 毛染め・ 化粧品など)

8 (女性の方のみ) 妊娠中、授乳中の方は○をしてください。
 ・妊娠中 (妊娠 カ月) ・授乳中 (ヶ月 ・ 才児あり)

9 当院を何でお知りになりましたか。○をお願いいたします。(○はいくつでもかまいません。)
 ・当院のホームページ・ インターネットの情報サイト ・看板 ・電話帳の広告
 ・(家族/知人)の紹介 ・(自宅/学校/職場)が近い ・その他 ()

ご協力ありがとうございました 😊