

問 診 票

ふりがな				性 別
氏 名				男・女
生年月日	T · S · H · R	年	月	日 歳
住 所	〒			
電話番号	自宅	携帯		
体重 (15歳以下の方のみ)	kg	体温	°C	

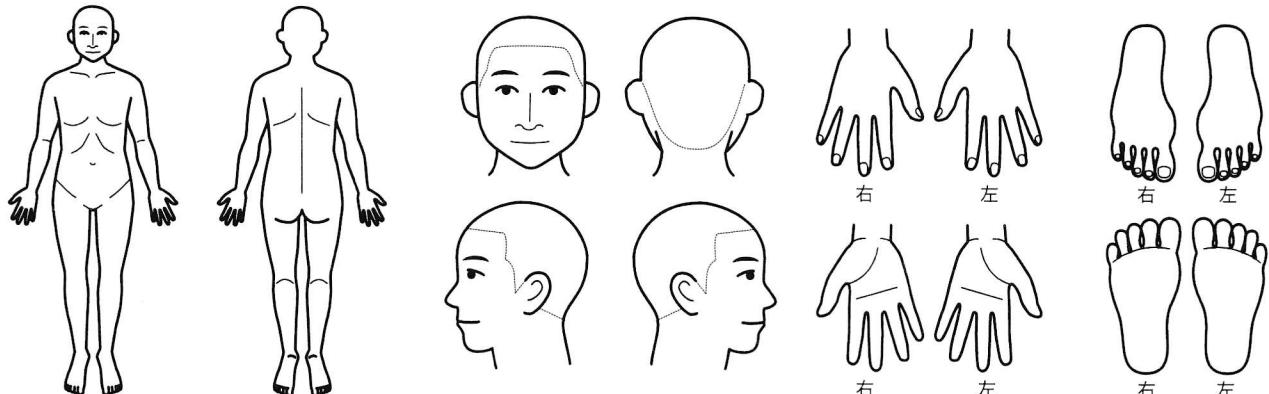
① 今日は、どんな症状がありますか？

a) いつから：さっき・今朝・昨日・()日前・()週間前・()カ月前・()年前

b) 症状：痛み・かゆい・できもの・湿疹など

※具体的に記載してください。

c) 症状のある部位に○印をつけてください。



d) 上記の症状に関して、現在または以前に受けられた治療や使用していた薬があれば教えてください。
ない・ある (治療内容・薬品名 :)

② ①以外で、現在治療中の病気や服用中・外用中の薬（市販薬も含む）はありますか？

いいえ・はい (病名・治療内容・薬品名 :)

③ お薬手帳はお持ちですか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にお出しください。
自宅に ある・なし 持参

④ 今までにかかったことのある病気を教えてください。

緑内障 糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患 アレルギー性鼻炎(花粉症) 高血圧
喘息 心臓病 胃潰瘍 膜原病 輸血 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎
手術 () その他 ()

⑤ 食べ物や薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ・はい (食べ物の名前・薬品名 :)

⑥ ご来院のきっかけを教えてください。

- ご家族やご親族のご紹介
- 当院ホームページ
- 知人やご友人のご紹介
- タウンページ
- 病院や診療所からのご紹介
- クリニック前を通って
- その他 ()

・夜勤 あり ・ なし

→ありと答えた方（月に　日間）

・業務上の運転 ※通勤を除く あり（　時間）・ なし

・お仕事内容（　　）

・【女性の方】におたずねします。

1. 現在妊娠している（　か月）・可能性あり・可能性なし

出産予定日（　月　日　）

2. 授乳中 あり（　か月）・なし

・スポーツ する（　　）・ しない

・ペット（動物の種類　　）（室内・室外）・ 飼ってない

・アルコールアレルギー（消毒も含め） あり ・ なし

・タバコ 毎日 本喫煙 ・ 喫煙しない

・お酒 每日飲酒 ・ 時々 ・ 飲まない

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか（　はい ・ いいえ　）

他の医療機関からの紹介状を持ってきていますか（　はい ・ いいえ　）

この1年間で健診を受けましたか（　はい ・ いいえ　）

・症状の記録や経過観察、後進の育成のため臨床写真を
撮らせていただくことがあります