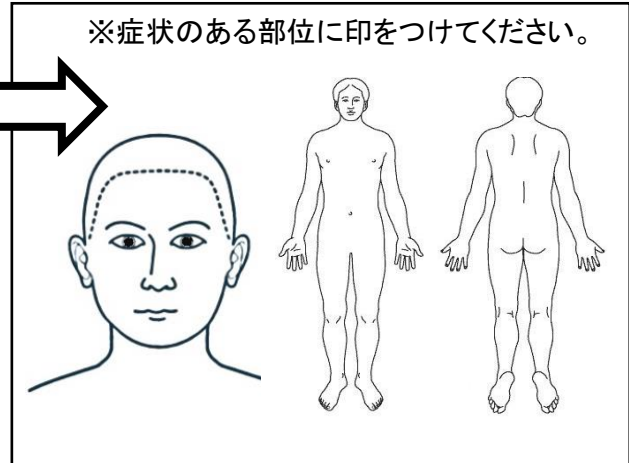


問診票

フリガナ	血液型
氏名	A・B O・AB
生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)	男・女
郵便番号 〒 -	
住所	
TEL() -	携帯番号() -
ご職業	中学生以下の方は 体重をご記入ください。 kg

- ① どのような症状でお困りですか？
- 1)かゆい 2)痛い 3)腫れている 4)やけど
 5)できもの 6)ニキビ 7)いぼ 8)発疹
 9)シミ 10)ほくろ 11)けが 12)水疱
 13)皮がむける 14)じゅくじゅく 15)巻き爪
 16)あざ 17)傷跡 18)毛が抜ける
 19)その他 []



- ② いつ頃からですか？(おおよそ)
[]

- ③ 今回の症状に対して治療を受けたことがありますか？
 ない ・ ある⇒治療に使った薬 [] 改善[あり ・ なし]

- ④ 今まで下記の病気をされたことはありますか？(○をつけてください。また、それは何歳のころですか？)
- ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・緑内障 ・心臓疾患 ・喘息
 - ・腎臓疾患 ・胃腸病 ・甲状腺疾患 ・脳血管疾患
 - ・肝炎(B型肝炎・C型肝炎) ・その他[]

- ⑤ 現在治療中の病気はありますか
 ない ・ ある ⇒病名[]

- ⑥ 現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。
 ない
 ある ⇒薬品名 []

- ⑦ 局所麻酔(歯科治療の麻酔、傷を縫う時の部分麻酔等)を受けたことがありますか？
 ない
 ある⇒副作用(気分が悪くなったりショックを起こしたこと)はありましたか？⇒ ない ・ ある

- ⑧ 今までに薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？
 ない ・ ある ⇒薬の名前[] 食べ物 []
 アレルギーや過敏症があればお書きください。 花粉症 ・ 鼻炎 ・ その他[]

- ⑨ 女性の方のみお答えください
 妊娠中ですか？また妊娠の可能性はありますか？
 (現在妊娠 [] か月 ・ 可能性あり ・ 可能性なし)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
 ご協力ありがとうございました。記入後は受付までお持ちください。