

問診表

フリガナ	性別	
お名前	男	女
生年月日	昭・平・令	年 月 日生 歳
住所 〒	職業	
電話番号をご記入ください。 自宅 Tel 携帯 Tel		

下記をご記入ください

<p>1.今日はどうなさいましたか？ 場所はどこですか？</p> <p>症状：かゆい・痛い・ぶつぶつ・じくじく・赤み・にきび・いぼ・汗が多い</p> <p>その他（ ）</p> <p>場所：あたま・顔・からだ・うで・足・つめ・手のひら・わきの下</p> <p>その他（ ）</p>
<p>2.その症状はいつからですか？</p> <p>年 月 日頃から</p>
<p>3.何か治療していましたか？（ はい・いいえ ）</p> <p>はいの方→具体的には（塗り薬： ）</p> <p>（飲み薬： ）</p>
<p>4.薬や注射でアレルギーを起こしたことはありますか？（ はい・いいえ ）</p> <p>「はい」と答えた方はその薬品名を教えてください。</p>
<p>5.現在治療している病気はありますか？（ はい・いいえ ）</p> <p>はいの方→心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・喘息・緑内障・前立腺肥大・がん</p> <p>その他（ ）</p>
<p>6.現在、飲んでいるお薬があれば教えてください。</p>
<p>7.女性の患者さんへ 現在、妊娠または、その可能性はありますか？（ ある・なし ）</p> <p>現在、授乳中ですか？（ している・してない ）</p>