## 問診表

\* 当院の駐車場以外での違法駐車を発見した際には、診察の順番が一番最後になり ます。ご注意下さい!

ふりがな	性別	
お名前	男	女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	3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。		
1.今日はどうなさいましたか? 場所はどこですか?		
症状:かゆい・痛い・ぶつぶつ・じくじく・その他(		)
場所:あたま・顔・首・からだ・うで・足・つめ・その他(		)
2.その症状はいつからですか?		
年 月 日頃から		
3.何か治療していましたか? ( はい・いいえ )		
はいの方 具体的には (塗り薬:		)
(飲み薬:		)
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 )		
「はい」と答えた方はその薬品名を教えてください。		
5.現在治療している病気はありますか?( はい・いいえ )		
はいの方 高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・喘息・緑内障 その他(	章・前立腺肥大・カ	がん )
6.現在、飲んでいるお薬があれば教えてください。		
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	ますか?( ある・	・なし )
現在、授乳中ですか?	(している・	してない )