

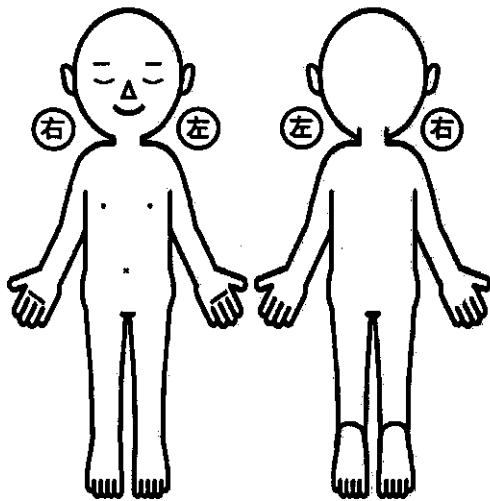
# 問 診 票

フリガナ		性別	●車の運転をしますか いつもしている・時々している・いいえ ●薬や食物のアレルギーはありますか はい・いいえ [お薬・食物などの名前] ◎女性の方へ 妊娠・授乳をしていますか はい・いいえ [妊娠 カ月・授乳中]
お名前		男・女	
生年月日	[大正・昭和] 年 月 日 [平成・令和]		
ご住所	〒 - -		
お電話	ご自宅 - - 携 帯 - -		
緊急連絡先	- - (続柄)		

医師の希望はありますか

- ・ 院長(男性)
  - ・ 西村 医師(女性)
  - ・ 指定なし
- ※西村医師は水曜午後・木曜休診

1. あてはまる部位・症状に○をつけてください



- ・ かゆい
- ・ かさかさする
- ・ 痛い
- ・ はれている
- ・ 何かできている
- ・ 手あれ
- ・ やけど
- ・ ケガ
- ・ その他 [ ]
- ・ 帯状疱疹
- ・ 抜け毛
- ・ にきび
- ・ ほくろ/シミ
- ・ いぼ/水いぼ
- ・ タコ/うおのめ
- ・ 巻き爪
- ・ 水虫

2. いつ頃からですか

- ・ ( ) 日前
- ・ ( ) 週間前
- ・ ( ) カ月前
- ・ ( ) 年前
- ・ ( ) 分前
- ・ ( ) 時間前
- ・ 今朝
- ・ 昨晚

3. 仕事中(労災)、交通事故による症状ですか

- ・ いいえ
- ・ はい

4. この症状で何か治療していましたか

- ・ いいえ
- ・ はい [ ]

5. 現在、治療中の病気がありますか

- ・ いいえ
- ・ はい [
  - ・ アレルギー (鼻炎/ぜん息/アトピー)
  - ・ 糖尿病
  - ・ 緑内障
  - ・ 前立腺肥大
  - ・ その他 [ ]

6. 現在、内服中のくすりはありますか(サプリメント等含む)

- ・ いいえ
- ・ お薬手帳参照
- ・ はい [ ]

◎ お薬手帳をお持ちの方はご一緒にお出してください

ご記入ありがとうございました