問 診 票

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	
お名前	様				
住　所	〒□□□-□□□□			職　業	
				配偶者	有 ・ 無
電話番号	自宅　　－　　－		携帯　　－　　－		

1．本日はどうなさいましたか？（丸をつけてください。複数可）

・かゆい　　どこがかゆいですか？（　　）
・痛い　　どこが痛いですか？　（　　）
・発疹がでた　どこに出ていますか？（　　）
・できもの　　・にきび　　・みずむし　　・髪の毛が抜ける
・やけど　　いつですか？（　　）
　どこをやけどしましたか？（　　）
・いぼ　　・うおのめ　　・爪の異常　　・ケミカルピーリング希望
・AGA 治療薬希望　　・その他（　　）

2．以前に上記の病気で治療を受けたことがありますか。

・ない　　・ある　いつ頃（　　）　飲み薬 ・ 塗り薬 ・ 注射 ・ 手術 ・ その他

3．現在何か飲んでいる薬はありますか。

・ない　　・ある　薬名（　　）
　お薬手帳を持っている（　有　・　無　）

4．現在何か他の病気で治療を受けていますか。

・いいえ　　・はい　病名（　　）

5．過去10年間に手術や入院を伴う病気をされたことがありますか。

・ない　　・ある　病名（　　）

6．病院でアレルギー検査を受けたことがありますか。

・ない　　・ある　アレルギー名（　　）

7．「くすり」や「注射」で体調が悪くなったことがありますか。

・ない　　・ある　薬品名（　　）
　ショック　・　吐き気　・　発疹　・　頭痛　・　その他（　　）

8．女性の方にうかがいます。

・妊娠していない　　・妊娠している　現在（　　）ヶ月
・授乳していない　　・授乳している