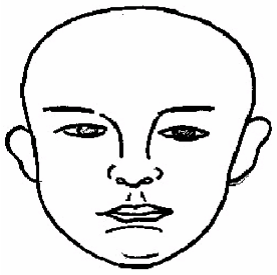
診察申込書　・　問診票

年　　月　　日

お名前と生年月日		住所と連絡先(必ずご記入下さい)
フリガナ	男 女	〒　　－
氏名		
T·S·H·R　　年　　月　　日(　　才)		☎　　(　　)

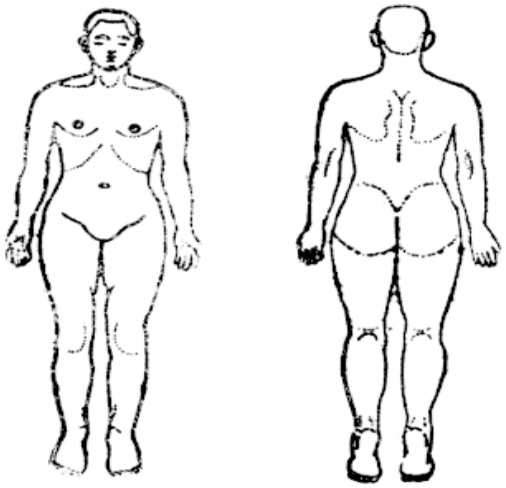
※該当するものに○をお願いします。

以前当院にかかられた事はありますか？　ない　ある(　　年頃)



①どのような症状で来院されましたか？
発疹　かゆい　痛い　赤い　はれている
カサカサ　できもの　いぼ　しみ　巻き爪
ニキビ　脱毛　やけど　水虫
その他:

②その症状のある部位はどこですか？
部位(右図をご利用ください)



③それはいつ頃からですか？
生まれた時から
数日前から ---------- 日前から
数週間前から ---------- 週間前から
数ヵ月前から ---------- ヵ月前から
数年前から ---------- 年前から

④この症状について市販薬又は、他院での薬を使用しましたか？
いいえ
はい

⑤現在治療中の病気はありますか？
いいえ
はい(右から選んでくださ　喘息　高血圧　糖尿病　心臓病
腎臓病　肝臓病　前立腺　緑内障
その他(　　)

⑥現在服用しているお薬はありますか？
いいえ
はい(右に記入してください)
(※薬手帳をお持ちの方は診察時に、提出して下さい。)

⑦薬でアレルギーを起こしたことはありますか？
いいえ
はい(薬名を右に記入してください)

⑧車やバイクを運転しますか？
いいえ
はい

⑨女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？
いいえ
はい ---------- ヵ月

ご協力ありがとうございました。診察の順番が来ましたら、お呼びしますのでしばらくお待ちください。