

問 診 表

ふりがな
氏名

様 (男 ・ 女) 年 齢 才

体 重 Kg

体 温 °C

住 所 〒

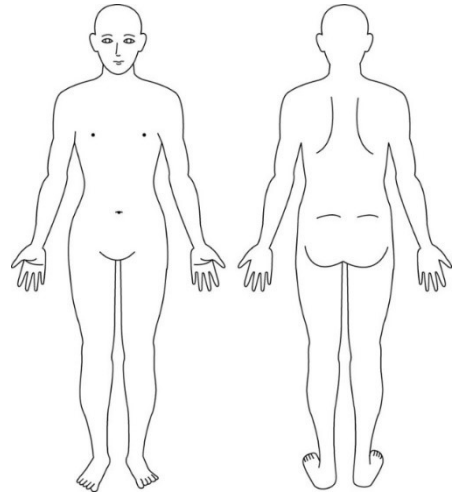
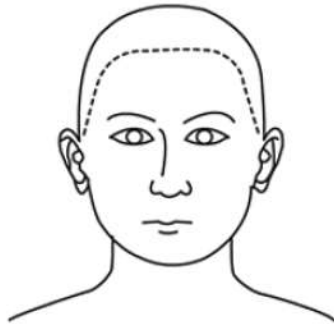
電 話 番 号

1. どのような症状で受診されましたか？当てはまる症状に○をつけて下さい。

(かゆい ・ 痛い ・ できものが出ている ・ しこりがある ・ 赤くはれている ・ 虫刺され ・ 蜂刺され ・ 熱がある) これ以外の症状の方は、お書き下さい。

()

2. 症状があるのは、体のどこの部分か○をつけて下さい。



3. いつからですか？

例：昨日から、2～3日前から、何か月前から、小学生の頃からなど

()

4. 今の症状で、他の病院・医院などで治療を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

5. 現在、他の病院から薬をもらっていますか？ (糖尿病・緑内障・前立腺肥大 など)

()

6. 本日、お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

7. 過去に、病気にかかったことがありますか？

()

8. アレルギーはありますか？ (ある ・ なし)

あるに○を付けた方は内容を記入して下さい。例：薬、注射、食べ物

()

9. 女性の方で、現在妊娠していますか？または妊娠の可能性ありますか？

(ある ・ ない)