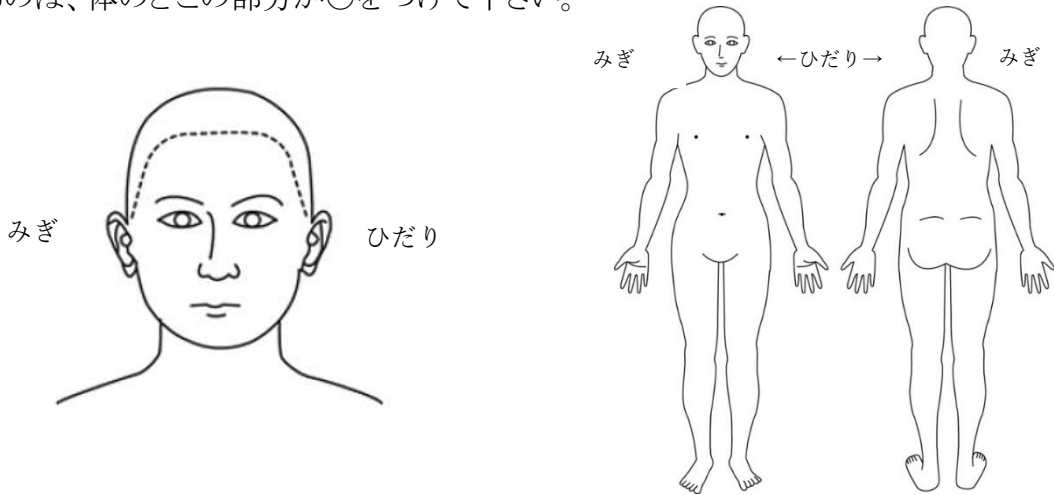


# 問 診 表

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 ・ だれものが出ている ・ 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はありますか？  
現在授乳中ですか？  
妊娠中 ( はい ・ いいえ ) 授乳中 ( はい ・ いいえ )