

問 診 表

フリガナ

氏名 _____ 性別(男 ・ 女)

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 年齢 歳

1、①現在の症状を具体的にご記入ください。

(_____)

②①症状は、他の病院での受診はされましたか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

(_____)

※ ステロイド、プロトピックを使用されたことがある方は、裏面の表もご記入ください

2、現在、他の病気で治療は受けられていますか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

病名(_____)治療(_____)

3、今まで大きな病気や手術をされたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の場合、どのような治療を受けておられましたか？

いつ頃(_____)病名(_____)

4、今まで輸血を受けたことがありますか？

はい・いいえ

5、今までに注射や薬でショックや「じんましん」等のアレルギーを起こしたことがありますか？

はい・いいえ

6、食物アレルギーはありますか？

はい・いいえ(はいの方→ _____)

7、今までにアルコール消毒綿や化粧品で赤くなったり、かぶれたりしたことがありますか？

はい・いいえ

8、ご家族(血縁者)の中で、アレルギーの方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

9、女性の方だけご回答ください。

①現在妊娠されている可能性はありますか？ ②授乳中ですか？

はい・いいえ

はい・いいえ

10、成人の方だけご回答下さい。喫煙はされますか？

はい・いいえ(はいの方→ 本/日)

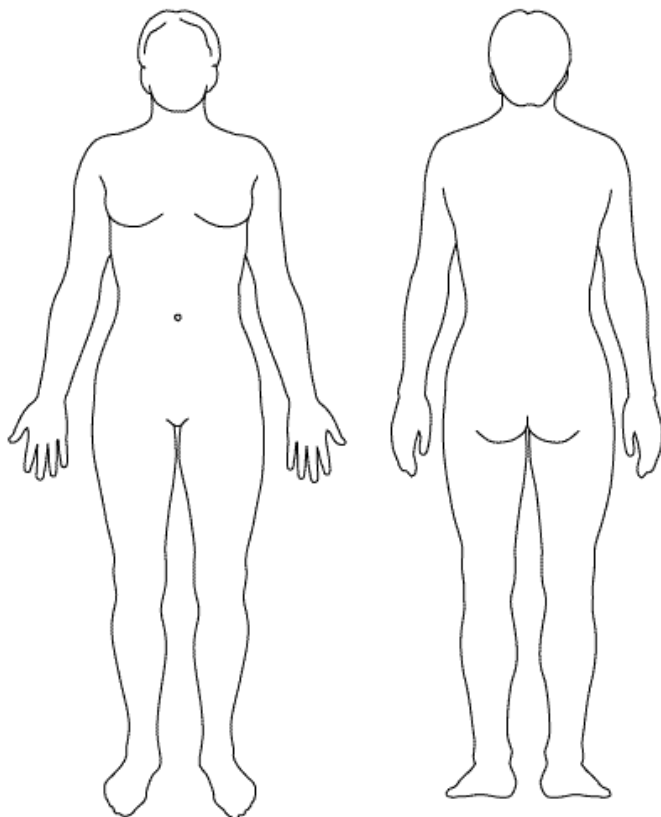
11、成人の方だけご回答下さい。飲酒はされますか？

はい・いいえ(はいの方→

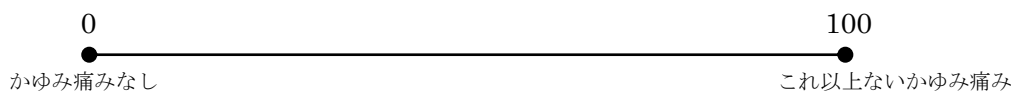
) 記入例 毎晩 ビール 500ml

裏面もご記入ください。→

①症状がでている場所をご記入ください。(かゆみやしっしん等)



②かゆみ、痛みの度合を記してください。



③ステロイド、プロトピックを使用(服用)したことがある方はご記入ください。

外用薬

薬剤名		いつから使用されていますか? 例:1年前から	どのくらいの頻度で使用されますか? 例:1日2回	最後にしようされたのはいつですか? 例:昨日
ステロイド	顔			
	体			
プロトピック	顔			
	体			

内服薬

薬剤名	いつから服用されていますか?	どのくらいの頻度で服用されますか?	最後に服用されたのはいつですか?

どちらで当院をお知りになりましたか?

- ・ホームページ、インターネット ()
- ・通りがかり ・紹介(紹介者) ・その他 ()