

# 初診問診票

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
電話	— — (必要時に電話がつながる番号をご記入ください)		
性別	男・女	年齢	歳
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
職業			

1) 今までにかかった主な病気をお書き下さい

2) 現在皮膚科以外に治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 病名( )

薬の名前 (お薬手帳をお持ちの方は提出していただければ結構です)

( )

※薬の名前がわからない場合、飲み薬が処方できないことがあります。ご了承ください。

3) 今までにかかったことのある病気に○をつけて下さい

・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・糖尿病 ・高血圧  
・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・前立腺肥大 ・緑内障

4) 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

ある (薬・食べ物の名前 ) ・ ない

5) 女性の方に質問します。現在妊娠していますか？

はい (妊娠 月) ・ 近々希望 ・ いいえ

6) 女性の方に質問します。授乳中ですか？

はい ・ いいえ

7) 小学生以下の方は体重をお書きください

キログラム

8) 当院をどこでお知りになりましたか？

看板 ・ チラシ ・ インターネット ・ 病院、医院からの紹介  
知人、家族の紹介 (紹介者名 ) ・ 雑誌  
薬局 ・ その他 ( )

次のページにもご記入をお願いします。

1つの症状に対して1枚ずつご記入をお願いします。

