

# 問 診 票

受診日	令和 年 月 日
ふりがな 氏名	(男・女)
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生(才)
住所	〒
電話番号	
体重	kg
職業	

オンラインにより保険証資格確認および検診情報等の照会に同意  
(する・しない)

1. 皮膚症状はいつ頃からですか？

だいたい

月

日前から

2. 自覚症状はありますか？

かゆい

いたい

ない

その他

3. 何か治療はしましたか？

はい

いいえ

4. 今あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい

いいえ

5. 今までに薬でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい

いいえ

6. 今何か薬を飲んでいますか？

はい

いいえ

7. 当医院を何で知りましたか？

インターネット・広告、看板( )・電話帳・紹介( )

8. 女性の方に

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

はい

現在

週目

いいえ