

## 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	

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がありますか？

はい

現在

週目

いいえ