

問 診 票

カルテNo.

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 身長 cm 体重 kg

氏名 明・大・昭・平・令 年 月 日生まれ(..... 歳) 性別(男・女)

住所

電話 自宅(.....) — 携帯 — — 勤務先(.....) —

発熱 (あり ・ なし)

どのような症状ですか？

かゆい、痛い、できもの、けが、その他(.....)

・症状はどこにありますか？ (右の図に○をつけて下さい)

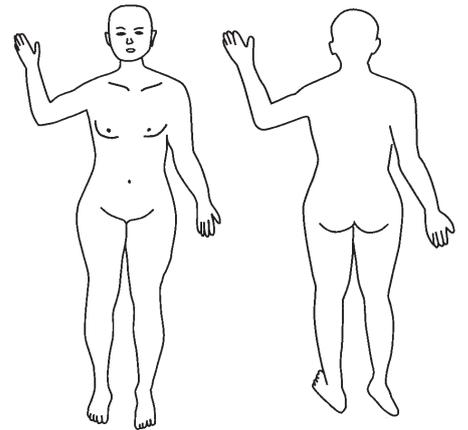
・いつからですか？

(.....)時間前、(.....)日前、(.....)週前、

(.....)か月前、(.....)年前、生まれた時から

・何か治療をされましたか？

病院処方薬、市販薬、その他(.....)



現在他に治療中の病気がありますか？ (ある ・ ない)

※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい。

病名：

アレルギーがありますか？ (ある ・ ない)

喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎・花粉症、食物(卵白、牛乳、)、

薬(ペニシリン、消炎鎮痛剤、)、その他(.....)

治療中に気分が悪くなったことがありますか？ (ある ・ ない)

どのような治療中に？：

どのような症状？：

過去に重い病気や手術、医師から特別な体質といわれたことがありますか？ (ある ・ ない)

内容：

現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ) 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

喫煙 本／日(× 年間) 飲酒 合／日

解決したい問題、希望する検査や治療、相談したいことなどがありましたらお書き下さい。