

平成 年 月 日

13歳以下の方はご記入ください

No. _____

問診表

体重

kg

ふりがな

お名前

性別： 男 女

〒

—

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日生まれ (

歳)

ご住所

電話番号

■今日はどうされましたか？

いつから？

からだのどの部分に？

どんな症状が？

かゆい ・ いたい ・ はれた (その他

いま熱が出ていますか？

はい ・ いいえ

(はいの方：

℃)

■上の病気で他のひふ科にかかっておられますか？

はい ・ いいえ

(使っている薬の名前：

■何かほかの持病がありますか？

はい ・ いいえ

(持病の名前：

■現在、お薬をのんでおられますか？

はい ・ いいえ

(お薬の名前：

■これまで入院や手術をしたことがありますか？

はい ・ いいえ

■薬や食べ物でアレルギーをおこしたことはありますか？

はい ・ いいえ

■女性の方へ： いま妊娠しておられますか？

はい ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さい。