問　診　票

年　　月　　日

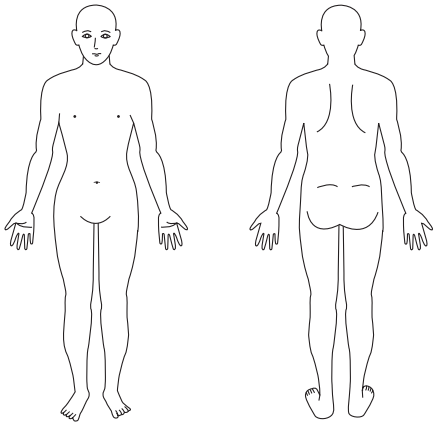
ふりがな お名前		年齢	才	生年月日	T・S H・R　年　月　日
		性別	□男 □女	体重	kg
ご住所	〒　－				
固定電話		携帯電話		続柄	

あてはまるものにチェックをしてください

1. どうしましたか？

□痛い　□かゆい　□発しん　□水ぶくれ
□ニキビ　□ほくろ　□やけど　□イボ
□水イボ　□じくじく
□その他（　　）

2. それはいつからですか？



症状のある箇所に丸をして下さい

3. 薬や食べ物でアレルギーが出ますか？

□いいえ　□はい →□薬（　　）
□食べ物（　　）
□その他

4. 現在飲んでいる薬はありますか？

□いいえ　□はい →（　　）

5. お薬手帳はおもちですか？

□いいえ　□はい　□アプリ　□マイナンバー

6. 今までにかかった病気はありますか？

□糖尿病　□高血圧　□心臓病　□肝疾患　□腎疾患　□脳・神経の疾患
□甲状腺疾患　□緑内障　□前立腺肥大　□ひきつけ（けいれん）　□がん・悪性腫瘍
□その他（　　）

7. 手術を受けたことがありますか？	□いいえ　□はい
8. 麻酔をして何かトラブルがありましたか？	□いいえ　□はい
9. 女性の方へ　現在妊娠している可能性はありますか？	□いいえ　□はい　□わからない
10.　授乳中ですか？	□いいえ　□はい
11. 高校生以下の方へ　本日保護者の方とご一緒ですか？	□いいえ　□はい

12. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

①自宅や職場に近いから　②家族・知人の紹介　③チラシを見て
④ホームページを見て　⑤看板を見て　⑥その他（　　）

さくら皮ふ科