

ID. _____

問 診 票

年 月 日

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。
ご記入の際、不明な点は空白のままで結構です。ご協力をお願いします。

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	
氏名			明治・大正 年 月 日 昭和・平成 (才)	
住所	〒 _____			
電話番号 ()	／ 携帯 ()	身長 _____ cm (小児のみ)	体重 _____ kg (小児のみ)	
緊急連絡先 ()		(続柄: _____)		
来院されたきっかけは何ですか？				
☐ 知り合いからの紹介 (_____ 様) ☐ 家族からの紹介 (_____ 様) ☐ ホームページ(インターネット) ☐ 近所 ☐ 住宅地図 ☐ 電話帳 ☐ バス広告 ☐ その他(_____)				

1. どのような症状でお困りですか？

()

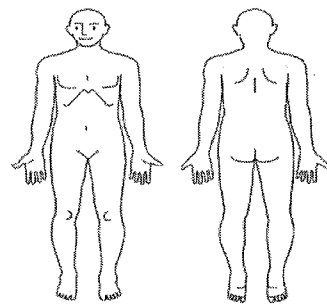
2. それはいつ頃からですか？

()

3. 女性の方のみ

妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有
授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

具合の悪い箇所に○をつけてください



4. 現在飲んでいる薬又は、治療中の病気はありますか？(他医の薬、市販の薬、健康食品等)

☐ いいえ ☐ はい “はい”の方でお薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

()

5. 今までにかかった病気はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病
☐ 肝臓病 ☐ 胃・十二指腸潰瘍 ☐ 結核 ☐ 喘息
☐ その他(_____)

6. これまでに飲み薬や注射で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 抗生剤(抗生物質) ☐ かぜ薬 ☐ 解熱鎮痛剤
☐ 造影剤 ☐ その他(_____)

はいと答えた方は薬剤名を書いてください ()

7. アレルギー体質と言われたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 喘息 ☐ 鼻炎 ☐ 結膜炎 ☐ 花粉症 ☐ じんま疹
☐ 湿疹 ☐ アトピー
☐ その他(_____)

8. 入院あるいは手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい(疾患名 _____)

9. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)を希望しますか？

☐ いいえ ☐ はい

10. ステロイド外用剤の使用について

☐ 必要なら使用する

☐ 使用して欲しくない

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡してください。

多田皮膚科形成外科

(DDまっぶホームページより印刷)