



受付番号

問診票

受診日

平成 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	年齢	才		
住所 〒	※お子様のみご記入下さい。			
	身長	cm		
	体重	kg		
電話番号 ()	性別	男	・	女
携帯電話 ()				

◆今、どのような症状ですか？

①症状が出ているところを、右の図で示してください。

②どのような症状ですか？ 該当する項目に、印を付けてください。

- かゆい 痛い ニキビ はれている しこりがある
ピアス その他の症状()

③症状は、いつごろから出ていますか？

()

◆現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- 治療は受けていない)
治療を受けている 病院名()
薬は何も飲んでいない)
現在、病院で処方された薬を飲んでいる)
薬の名前()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

◆これまでに大きな病気はありますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- ない ある 病名()

◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

該当する項目に、印を付けてください。

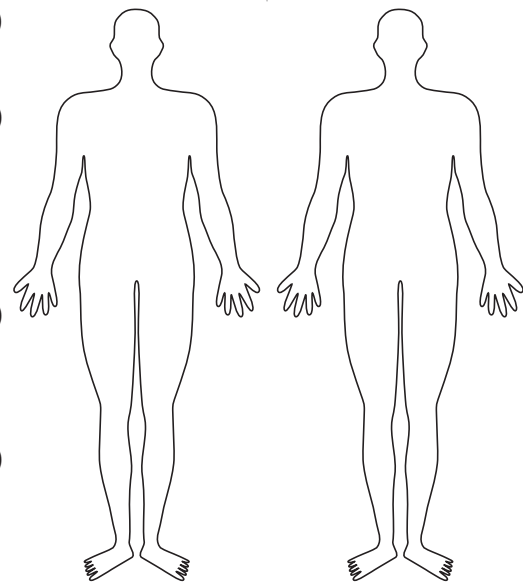
- ない ある(食べ物の名前 ())
(どんな薬で？ 貼り薬 ぬり薬 飲み薬 薬の名前())

◆現在妊娠中(妊娠の可能性を含む)ですか？ はい いいえ

◆現在授乳中ですか？ はい いいえ

◆当院をどちらで知りましたか？ 該当する項目に、印を付けてください。

- ご自宅、勤め先のポスティング 広告 通りがかり ホームページを見て
保育室・幼稚園関係 その他()
他の病院からの紹介 病院名()



前(まえ)

後(うしろ)