

問診表・診察申込書

令和 年 月 日

ふりがな
お名前

性別 ()

生年月日 西暦 年 月 日

年齢

住所 (〒)

TEL:

● 今日診察を受けたい部位に○をつけてください

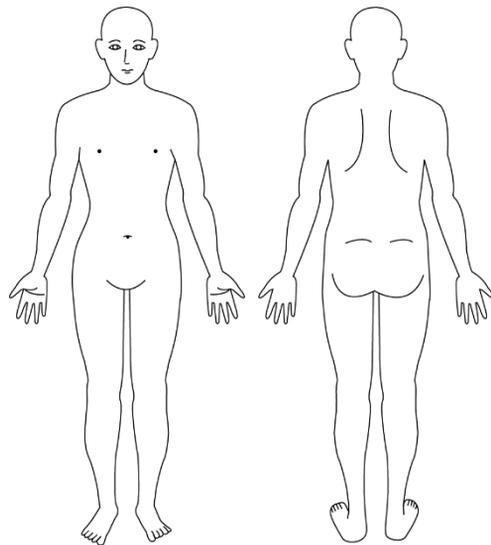
● どのような症状ですか？

かゆい 痛い しこり

その他 ()

● いつ頃から症状がありますか？

() から



● このことで何か治療はされましたか？

その内容 ()

使用した薬 ()

● お仕事や通勤中に起こった事故やけがですか？

はい いいえ

● 他に病気はありますか？ 内服中の薬はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 前立腺肥大 緑内障

心臓病 血液疾患 ぜんそく その他 ()

内服中の薬の名前 ()

● アレルギーはありますか？

薬 () 食べ物 () その他 ()

● 女性の方へ 妊娠中ですか？

はい 妊娠 () 週 いいえ (妊娠の可能性 あり なし)

● 女性の方へ 授乳中ですか？

はい いいえ

● 当院をどちらでお知りになりましたか？

知人の紹介 家族の紹介 ホームページを見た

チラシを見た 近所に住んでいて医院があるのを知っていた

通りがかり 医師を以前から知っていた その他 ()

● ジェネリック医薬品をご希望ですか？

はい (ジェネリック希望) いいえ (先発品希望) どちらでも良い

● 診察に際し、そのほかご希望がありましたらお書きください

()

ご協力ありがとうございました

いいだ皮膚科

