

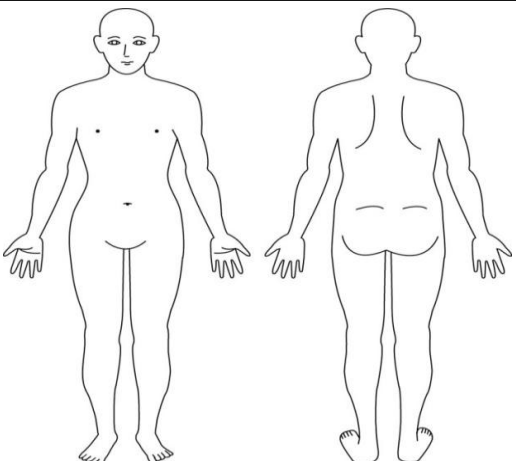
問 診 票

フリガナ	性別	男 ・ 女
お名前	年齢	歳
生年月日 (大正・昭和・平成)	年	月 日
〒 住 所		
自宅電話	—	携帯電話 —
緊急連絡先	—	— (続柄)

- 車の運転をしますか 　　いいえ ・ はい (いつもしている ・ 時々する)
- 薬や食物のアレルギーはありますか 　　いいえ ・ はい ()
- ◎ 女性の方へ：妊娠・授乳していますか 　　いいえ ・ はい (授乳中・妊娠 　ヶ月)

本日のご症状についてご記入ください

1. あてはまる **症状 ・ 部位** に○をつけてください

<ul style="list-style-type: none"> ・ かゆい ・ 発疹がある ・ いたい ・ はれ ・ ニキビ ・ その他 <p>()</p>	
--	--

2. 今回の症状はいつごろからですか？ () から)

3. 今回の症状に何か治療をしましたか？
なし ・ (*ある場合はご記入ください)

4. 現在、治療中の病気がある方は病名と病院名をご記入ください
(病名) (病院名)

* お薬手帳 ・ 他病院のお手紙 をご持参の方は受付にお出してください