

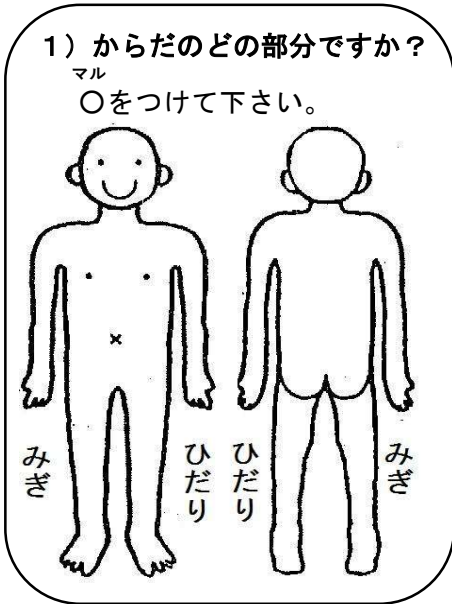
〇●〇 問診票 〇●〇

令和 年 月 日

スタッフ使用欄：WEB版病院日より

希望する 希望しない

ふりがな	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日
お名前		昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所 〒	電話番号 ( ) 携帯番号 ( )	
メールアドレス (パソコン)	@	メールアドレス (携帯電話)
	@	



◆ 当てはまるもの全てにチェックをつけて下さい ◆ ※複数回答可

2) 症状はどうですか？

- かゆい 痛い 痛がゆい かゆくもないし痛くもない  
じくじくしている ぶつぶつが出来ている 腫れている できもの  
やけど 水虫 毛が抜ける その他 ( )

3) いつ頃からですか？

- 今日から 昨日から  \_\_\_\_\_ 日前から  
 \_\_\_\_\_ 週間前から  \_\_\_\_\_ ケ月前から  \_\_\_\_\_ 年前から  
その他 ( )

4) 今までに病気をし、治療を受けたことがありますか？

- いいえ  
はい → 脳疾患 心臓病 肺疾患 高血圧 糖尿病  
肝機能障害 腎臓疾患 ぜんそく 胃・十二指腸潰瘍  
じんま疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎、結膜炎  
高コレステロール B型肝炎 C型肝炎  
その他 ( )

5) お薬に関する質問です

- \* 現在使用しているお薬はありますか？ 「問診票」と一緒に、「お薬手帳」を受付にお渡しください  
いいえ はい (お薬手帳あり) はい (お薬手帳なし) → ( )  
 \* 薬・注射・食べ物 で具合が悪くなったり、発疹が出た事がありますか？  
いいえ はい → それはどんなお薬・食べ物ですか？ ( )

6) 局所麻酔に関して

- 経験がない 経験がある

→ ショック症状をおこしたことはありますか？ いいえ はい

7) 女性の方へ質問です

- \* 現在妊娠中ですか？ いいえ はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ケ月)  
 \* 現在授乳中ですか？ いいえ はい

お分りにならない方は、受付に体重計をご用意しておりますので、お声掛け下さい

8) 中学生以下のお子さんへ質問です

- \* 体重は何kgですか？ ( ) kg  
 \* 飲み薬はどちらをご希望ですか？ 錠剤 粉 シロップ

9) 「ステロイド軟膏」の使用について

- よく知らない 必要なら使ってもよい 使いたくない

10) 漢方の処方を希望しますか？

- 処方を希望で来院 必要ならのんでも良い 特に希望せず

11) 当院のことを何で知り、来院されましたか？

- ホームページをみて ブログをみて フリーペーパー・タウン誌をみて  
病院前の看板をみて 郵便物 (チラシ) を見て  
家族が通院している → [ 家族の名前 (カタカナ) ]  
家族・知人から聞いて  
その他 ( )

～ ご記入ありがとうございました ～