

## 問診票

平成 年 月 日  
ID

ふりがな	
お名前	男・女 生年月日 年 月 日 ( ) 歳
住 所	〒
電話番号	( )

今日はどうな症状で来院されましたか？

- かゆみ  痛み  発疹  やけど  
 その他 ( )

部位:

- 顔  上肢  下肢  手  足  躯幹  腎部  陰部  
 その他(

いつから:

- 今日  昨日  2、3日前  1週間前  1ヶ月前  ( ) 年前

その病気について治療を受けたことがありますか？

- ある 診断名( )  
 ない

アレルギーはありますか？

- はい (花粉・ハウスダスト・金属・その他 )  
 いいえ

麻酔のアレルギーはありますか？  はい  いいえ

現在、治療中の病気はありますか？

- ある(病名 )  
 (お薬 )  
 ない

いままでに以下の病気をしたことがありますか？

- 高血圧  糖尿病  心疾患  気管支喘息  腎疾患  がん  
 その他( )

いままでに手術を受けたことがありますか？

- ある(病名 )  
 ない

現在、妊娠中または授乳中ですか？

- はい(妊娠 ヶ月)  いいえ

当院に何を見て来院されましたか？

- ご紹介( 様)  広告(地下鉄・バス)  インターネット  
 東光ストアに来て  他( )