問　診　票

令和　　年　　月　　日

フリガナ お名前		男・女	生年月日	大正　昭和　　年　　月　　日 平成　令和　　（　　才）
住　所	（〒　　―　　）			ご職業
電話番号	―　　―	（お持ちの方は）携帯番号	―　　―	

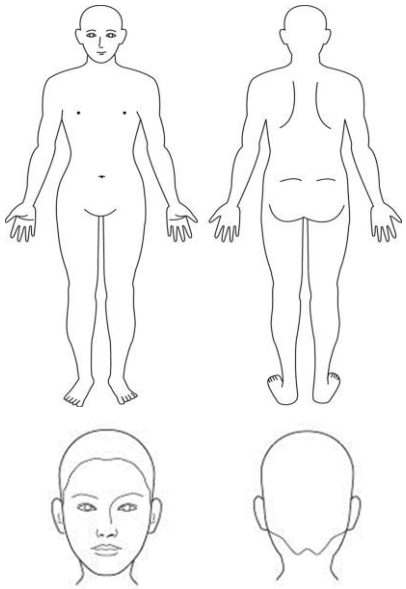
※携帯電話は緊急時に必要となることがありますのでお持ちの方はご記入ください

・ご記入は差し支えのない範囲で構いません。
・ご記入いただいた情報は診療の目的以外には利用いたしません。

1．どのような症状で来院されましたか？

① かゆみ・はれ・いたみ・ただれ・できもの
けが・やけど・汗・髪の毛・フットケア
その他

（　　）



② 症状の部位（場所）を教えてください。
体（顔）図に○をつけてください。

③ その症状はいつ頃からありますか？

④ その症状について、以前に治療を
受けられましたか？　（医院名も可能ならご記入下さい）
いいえ　・　はい

薬の名前　塗り薬（　　）
飲み薬（　　）医療機関名（　　）

2．今までに大きな病気をされたり、治療中の病気・使用中の薬等があれば教えてください。
※お薬手帳をお持ちの方は診察室にてお出しください。

3．今までに食べ物・お薬などでアレルギーを起こされたことはありますか？
いいえ　・　はい（　　）

4．小学生以下の患者さまは体重を教えてください。（　　）kg

5．**（女性の方にお聞きします）**
現在、妊娠されていますか？　または可能性がありますか？
いいえ　・　はい（　　ヶ月・予定日　　月　　日）　・　可能性あり・授乳中・妊活中

6．当院はどちらでお知りになりましたか？
ご近所　・　折込広告を見て　・　ホームページを見て　・　紹介状　・　ご家族の紹介
お知り合いの紹介　・　その他（　　）

ありがとうございました

いのうえ皮ふ科