

問 診 票	ID	
-------	----	--

フリガナ			年 月 日
	生 年 月 日		
お名前	男 ・ 女	M・T・S・H・R	歳
		年 月 日	ヶ月
ご住所	(〒 — )		
	TEL:	携帯:	
	E-mailアドレス(任意・緊急時にのみ使用します):		

身長	cm	体重	kg
	右	左	左 右

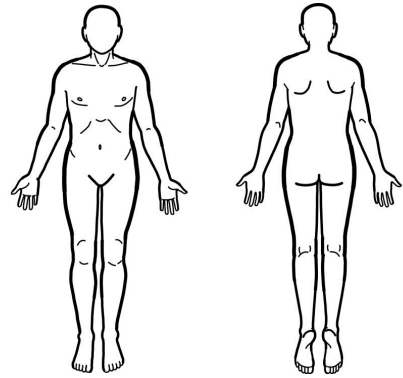
1. 症状のある部位を右図に○印をつけてください

2. いつから症状がありますか

{ } から

どのような症状ですか

{ かゆい ・ 痛い ・ 腫れている ・ ブツブツ ・ 水虫  
じんましん ・ にきび ・ タコウオノメ ・ いぼほくろ  
できもの ・ 巻き爪 ・ やけど  
その他( ) }



体温 ( )°C

3. 下記のアレルギー疾患をお持ちですか  いいえ ・  はい  
アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎

4. 現在、他に治療中の病気はありますか  いいえ ・  はい  
高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝障害 ・ 腎臓病 ・ 緑内障 ・ 胃潰瘍 ・ 前立腺肥大  
その他 { }

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか  ☆お薬手帳がありましたら提示をお願いします  
 いいえ ・  はい  
お薬の名前 { }

6. 薬や食べ物でアレルギーなどが出たことはありますか  いいえ ・  はい  
分かる範囲で詳しくご記入ください { }

7. ご家族に以下のアレルギー疾患の方はおられますか  
なし ・ アトピー性皮膚炎(誰が ) ・ 花粉症(誰が ) ・ 喘息(誰が )  
アレルギー性鼻炎(誰が ) ・ アレルギー性結膜炎(誰が )

8. 女性の方へ  
現在妊娠中ですか  いいえ ・  可能性あり ・  はい (妊娠 ヶ月)(出産予定日 月 日)  
現在授乳中ですか  いいえ ・  はい

9. ステロイドの塗り薬についてご希望はありますか  
 絶対に使いたくない ・  必要に応じて使うのは構わない ・  わからない

10. 来院された交通手段・きっかけを教えてください  
徒歩・自転車・車・大阪メトロ(堺筋線・御堂筋線)・京阪  
近所／通りがかり ・ ホームページ ・ 家族が通院 ・ 紹介( )  
PC・スマホ(Google・Yahoo・その他口コミサイトなど( ) )  
上記その他( )