

# 問 診 票

平成 年 月 日

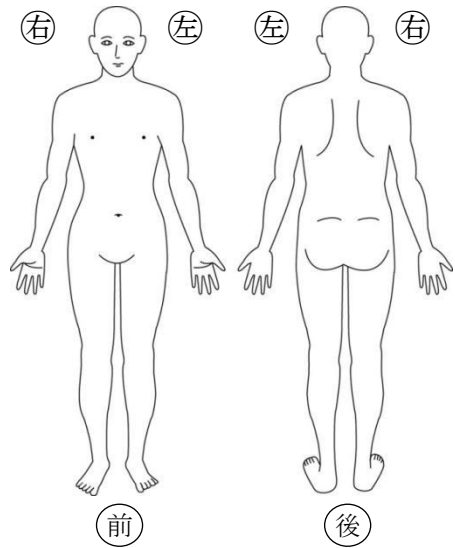
住 所	〒 _____		電 話	自宅 ( ) 携帯 ( )
フリガナ			男 ・ 女	● 下記いずれかに必ずチェックして下さい <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 労災 ( 工作中・通勤中 ) 職業
氏 名				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自賠責(交通事故等) <input type="checkbox"/> 自費	
※当クリニックを何で知りましたか？ 紹介・ホームページ・看板・知人・その他 ( )				

● 女性の方 現在妊娠中または可能性はありますか？ はい・いいえ  
 現在授乳中ですか？ はい・いいえ

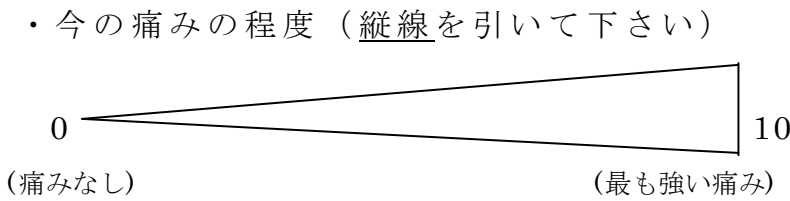
● 本日の診察希望 整形外科 皮膚科(火曜日のみ) 両方  
 →皮膚科受診希望の方 かゆみ・湿疹・かぶれ・その他 ( )

● どうしましたか？ ★ 詳しく記入して下さい

・いつ…  
 ・どこで…  
 ・どこが…  
 ・どうしましたか…



※ 症状のある所に○をつけて下さい



・ ペースメーカーの使用はありますか？ はい・いいえ

・ 現在治療している病気はありますか？ はい・いいえ

★ はい→高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・その他 \_\_\_\_\_

その他手術歴など \_\_\_\_\_

・ 今飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ ・お薬手帳 あり・なし

〈お薬手帳またはお薬をお持ちの方は 診察室にて先生 にお出し下さい〉

・ お薬アレルギーはありますか？ はい・いいえ

・ 食物アレルギーはありますか？ はい・いいえ

● 身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg)