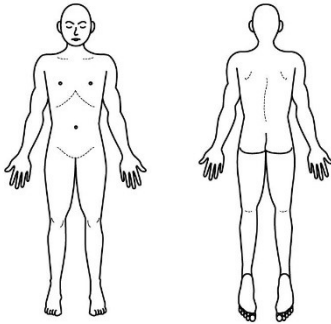


# 《問診票》

記入日： 年 月 日

フリガナ				生年月日
氏名			男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 -			
自宅電話番号	-	-	携帯電話番号	- -
紹介者				



1：場所はどこですか？ 左の図の症状のあるところに○をつけてください。

2：いつ頃からお困りですか？ ( \_\_\_\_\_ )

3：当てはまる症状に○をつけてください。

( 痛い ・ かゆい ・ その他 \_\_\_\_\_ )

4：今までにこの症状に対して治療を受けたことはありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

5：現在、飲んでいる薬、塗り薬、点眼薬などがあれば記入してください。 \*お薬手帳を受付にご提示ください。

( \_\_\_\_\_ )

6：薬剤・食品などのアレルギーはありますか？ ( ない ・ ある： \_\_\_\_\_ )

7：今までに風邪薬やかゆみ止めの飲み薬を飲んで、だるくなったり、眠くなったりしたことはありますか？ ( ない ・ ある )

8：車・バイク等を運転する時間はどれくらいですか？ ( しない ・ する : 1日 \_\_\_\_\_ 分 ・ 時間 ぐらい )

9：今までにかかった病気がありましたら○をつけてください。

アトピー性皮膚炎	花粉症 ( 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 通年 )	鼻アレルギー	喘息	緑内障
前立腺肥大	糖尿病	心臓病	腎臓病	透析中
肝臓病	高血圧症	高脂血症		
甲状腺の病気	熱性けいれん	けいれん	てんかん	

10：上記以外の病気や手術をしたことがありますか？ ( ない ・ ある：病名 \_\_\_\_\_ )

11：家族の方でアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？ ( いない ・ いる ) \*「いる」に○をつけた方のみ

( 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ) ( アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 鼻アレルギー ・ 喘息 ・ 食物 )

12：ステロイドの塗り薬について。( 使用するの構わない ・ 使用したくない ・ わからない )

13：女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ ( はい [ 現在 \_\_\_\_\_ 月 ] ・ いいえ ・ 可能性がある ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

※ご記入後、受付の者にお渡しください。