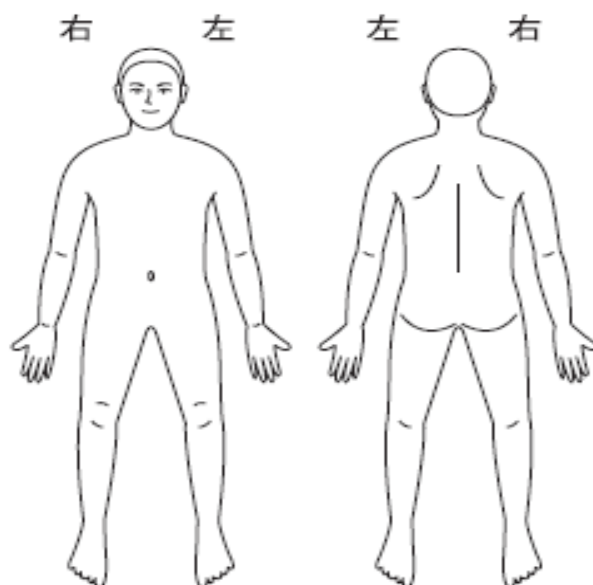


【問診票】

受診日： 年 月 日

| フリガナ | 性別 | 体重 | 生年月日 |
|------|-----|-----------------------|----------------------------------|
| お名前 | 男・女 | お子様は必ずご記入ください kg | 大正・昭和・平成・令和 (歳) 年 月 日生 |
| 住所 〒 | | TEL (日中連絡が付きやすい番号) | ※お薬手帳がある方は受付時に 問診票と一緒にお願いします。 |

1. 皮膚の症状がある部位すべてに○をつけ、どのような症状かを詳しく記入してください。



痛い・かゆい・カサカサ・その他 ()

2. いつ頃からですか? ()

3. きっかけはありますか?(ない・ある)→ ()

4. この症状で今までに治療を受けましたか?または症状がでて何か薬を使いましたか?

(いいえ・はい) 「はい」の方→病院名 ()

処方されたことのある薬、症状がでて使ったお薬など ()

5. 薬や注射・消毒液でアレルギー反応が出たことはありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→薬の名前 () どんな症状ですか? ()

6. 現在服用中、または使用している薬はありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→必ずお薬手帳をご提出ください。

6. 女性の方へ 妊娠中・妊娠の可能性・授乳中ですか?

妊娠 (いいえ・はい カ月)

授乳 (いいえ・はい カ月)

以上