

# 問診票

郵便番号	—	電話番号	—	—	
ご住所					
フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
お名前		生年月日	(大正・昭和・平成・令和)		
			年	月	日

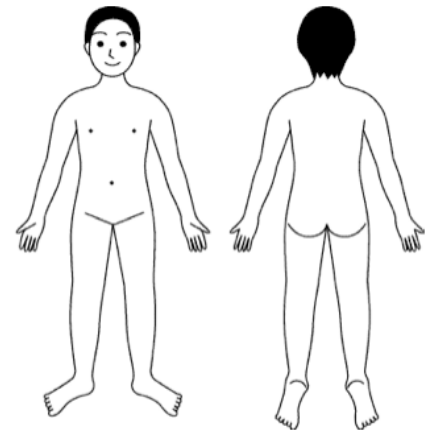
## 1. いつからどんな症状がありますか？

a) いつから : ( 年、 カ月、 週、 日) 前から 下の図に○をつけて下さい。

b) 症状 : かゆい ・ 痛い ・ 水虫 ・ いぼ ・ ほくろ ・ できもの ・ にきび  
その他 ( )

c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか ( はい ・ いいえ )

※「はい」の場合: 受けたことのある方は、これまでに使用した薬を分かる範囲内でご記入下さい  
( 使用したことのある薬: )



## 2. 現在、他に治療中の病気はありますか

( はい ・ いいえ ) 病名 ( )

## 3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病 6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大 12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術 ( )  
15. その他 ( )

## 4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. その他 ( )

## 5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか

( ある ・ ない ) 薬、食べ物の名前 ( )

## 6. <女性の方に>現在、妊娠中ですか？またその可能性はありますか？

1. 現在妊娠している ( ケ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

## 7. どのようにして里仁皮膚科をお知りになりましたか？

・ご家族 ・知人の紹介(ご紹介者名 ) ・タウンページ ・ホームページ ・ネット検索  
・その他 ( )



里仁皮膚科  
さとにひふか

ご記入ありがとうございました。診察までお待ちください。