

問診票

高田馬場クリニックころとひふ

※発熱や全身に発疹がみられる方は受付にお申し出ください。

受診日 令和 年 月 日

〔ふりがな〕

〔生年月日〕

大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)

〔お名前〕

〔性別〕 男・女 〔身長〕 _____ cm 〔体重〕 _____ kg

〔住所〕 〒 _____ (郵便番号の記入をお願いします)

都・道

府・県

〔電話番号〕 自宅(_____) _____ 携帯(_____) _____

① 本日はどのような症状ですか？ ○を付けてください。

かゆい・痛い・赤くなった・カサカサする・腫れた・しこりがある・ジクジクする・ニキビ・ホクロ・シミ・イボ・
やけど・巻き爪・抜け毛・その他(_____)

② 症状が出ている所を右の図に ○ を付けてください。

③ 症状はいつ頃からありますか？

(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) カ月前 (_____) 年前

④ この症状で今までに治療を受けたことがありますか？

なし・あり(病院名 _____ 薬剤名 _____)

⑤ 現在治療中の病気はありますか？

なし・あり(病名 _____ 薬剤名 _____)

⑥ また、近親者にご病気の方はいますか？

なし・あり(病院名 _____ 薬剤名 _____)

⑦ これまでに食べ物や薬などで何か異常が出たことがありますか？

なし・あり(食品名 _____ 薬剤名 _____)

⑧ これまでに次のような病気にかかったことはありますか？あれば○をつけて下さい。

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・带状疱疹・緑内障・前立腺肥大

その他(_____) 感染症の有無： 無・有(_____)

⑨ 女性の方へ現在、妊娠や授乳をしていますか？ いいえ・妊娠中(_____)週目・妊娠の可能性ある・授乳中

⑩ 当院をどのようにお知りになりましたか？ 診療所を外から見て・家族や知人・HPを見て・Google マップを見て
インターネット(検索ワード： _____)・その他(_____)

