

問診票

名前 _____ 職業 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 (_____) _____

・今日はどうされましたか。

(_____)

・いつからですか

(_____)

・発疹のある部分に丸や斜線をつけてください →

・自覚症状はありますか

 かゆい 痛い なし その他 (_____)

・今回の症状に対して治療していますか

 していない している (_____)

・アレルギーの病気がありますか

 ない ある アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症

・他の病気がありますか

 ない ある 糖尿病・高脂血症・その他 (_____)

・薬や食物などのアレルギーはありますか

 ない ある (_____)

・妊娠していますか (女性の方)

 していない している

・当院を何でお知りになりましたか

 ホームページ 駅看板 通りかかった 知り合いに勧められて 済生会千里病院からの紹介 クリニックからの紹介 (_____) その他 (_____)ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。