

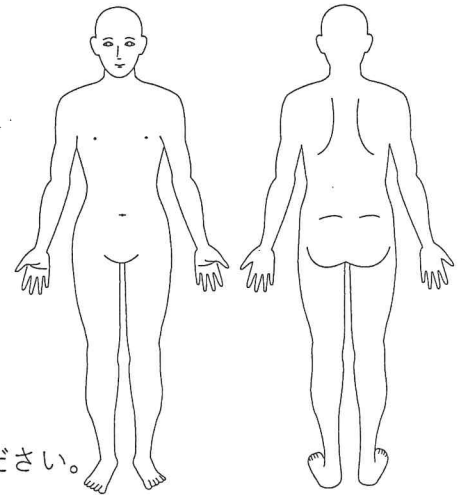
# 問診表

ふりがな		男・女	昭・平・令		
お名前			年	月	日生
ご住所	〒		電話	-----	

お子さんは体重を記入してください (         kg)

## 1 本日の症状と受診理由についてお伺いします。

- ◎いつ頃からですか? (         頃)
- ・どのような症状ですか?



☆皮膚科で受診される方は右の図の症状があるところに○をつけてください。

## 2 久しぶりの受診の方へ 以前のお薬を希望されますか? ○をつけてください

- ・ 希望する (薬品名                     )
- ・ 相談の上希望する
- ・ 薬の変更を希望する

## 3 この症状で現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか? (はい・いいえ)

「はい」の方...医療機関名 (                     )

どのような薬が処方されましたか? (                     )

## 4 これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか?

医療機関名 (                     )

## 5 現在、何かお薬を使用していますか? (はい・いいえ)

お薬手帳をお持ちの方はこちらの用紙と一緒に受付に出してください。

→お持ちでない方 (お薬の名前                     )

## 6 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? (はい・いいえ)

「はい」の方...お薬・食べ物の名前 (                     )

どのような症状がでましたか? (                     )

## 7 女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか? (はい [         ] 週・いいえ) ・授乳中ですか? (はい・いいえ)

「はい」と答えた方 → 出産予定日...令和         年         月         日