

診療申込み票・問診票

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 記入

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 / 女

生年月日 MTH \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_\_歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_ (具体的にお願いします)

主な症状は？(かゆみ、痛み、ニキビ、その他 \_\_\_\_\_)

今回診察希望の部位に○印をつけてください (右下図)

いつ頃からありますか？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から

ご家族に同様の症状の方はいらっしゃいますか？

\_\_\_\_\_

これまでにかかった大きなお病気は？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

現在内服中のお薬は？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

妊娠していますか？ いいえ / はい

薬剤に過敏症はありますか？ いいえ / はい

\_\_\_\_\_

その他

