

問 診 票

カルテ NO. _____

令和 年 月 日

フリガナ				男	生年月日	明・大・昭・平・西暦	年	月	日生
氏 名	様			女	(歳)				
住 所	(〒 -)								
電話番号	自宅	() -	携帯	() -	お子様の場合体重 (kg)				

1) 症状についてお答えください。

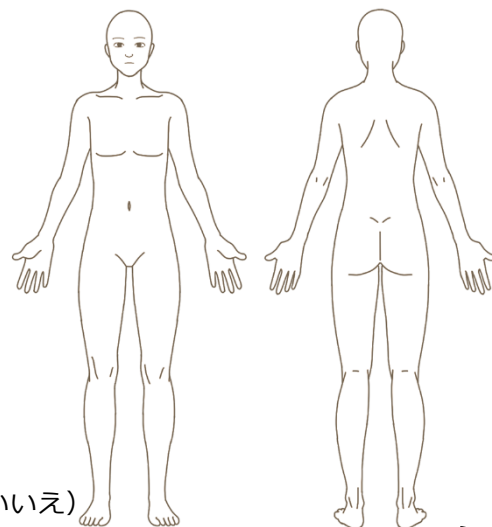
① いつから ()

② どこに (右図に印をつけてください)

③ どんな症状がありますか

[]

④ ③の症状について何か治療を受けましたか (はい・いいえ)



2) 体調全般について教えてください。

① 現在、他の医院機関で治療を受けている病気はありますか (はい・いいえ)

どのような病気ですか

[高血圧・高脂血症・糖尿病・狭心症・心筋梗塞・不整脈
肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・肝硬変)・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・
脳梗塞・がん()・他()]

② 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)

どのような病気・手術ですか

[]

③ 現在服用している薬がありますか (はい・いいえ)

どのような薬ですか

[]

④ 家族や親せきにアレルギー体質の方はいますか (はい・いいえ)

⑤ アレルギー体質、異常体質といわれたことがありますか (はい・いいえ)

食品名

[]

その他

[]

⑥ 注射をして気分が悪くなったり薬を飲んで発疹がでたりしたことはありますか (はい・いいえ)

薬品名

[]

⑦ ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか (はい・いいえ)

⑧ けいれんを起こしやすい体質ですか (はい・いいえ)

⑨ 1ヶ月以内に予防接種を受けたり風邪をひいたりしましたか (はい・いいえ)

☆女性の方へ、現在妊娠をしていますか(可能性はありますか) (はい(ヶ月)・いいえ・わからない)

☆授乳中ですか (はい・いいえ)

たにぐち皮膚科アレルギー科