

問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな			性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
お名前						年	月	日 (才)
ご住所	〒		電話番号 (— —)					
eメール			携帯電話 (— —)					
勤務先	社名	ご住所	電話番号 (— —)					

●いつからどんな症状がありますか？

1) いつから : (年、 カ月、 週、 日)前から

2) 症 状: かゆい・カサカサする・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・脱毛・白斑・美容関連(シミ・クスマ・しわ・タルミ・毛穴の開き) その他()

●本日の病状に関して、心配な事がありますか？是非聞いておきたいことがありますか？

●本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか（はい・いいえ）

※「はい」の場合 受けたことのある方は、これまでに使用した薬、治療を分かる範囲内でご記入ください。

□藥・治療内容()

●お薬を処方する際、後発品（ジェネリック）を希望されますか？

☐希望する ☐希望しない ☐どちらでも良い

●現在、他に治療中の病気はありますか (はい・いいえ)

病名() 病院名()

●今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病

6. 高血压 7. 胃溃疡 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大

12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術() 15. その他()

●その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい ()