

問 診 票

年 月 日

自動受付の方優先でお呼びいたします

フリガナ		男・女	生年 月日	大正 昭和 平成 ()才・お子様体重()kg	年 月 日
お名前					
住所					
電話番号		携帯			

1. 症状が出たのは、いつからですか？ ()

2. どのような症状が、どこに出ていますか？

[]

3. その症状について以前に治療を受けられましたか？

※病名、医院名も可能ならご記入下さい

いいえ ・ はい ()

4. 現在、治療中の病気はありますか？

なし ・ あり ()

5. 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付でご提出下さい

なし ・ あり ()

6. 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？

なし ・ あり ()

7. 注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たことはありますか？

なし ・ あり ()

※女性の方のみにお聞きします

現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？

現在、妊娠中 () 力月) ・可能性あり ・可能性なし ありがとうございます

やなぎた皮膚科医院