



問診票

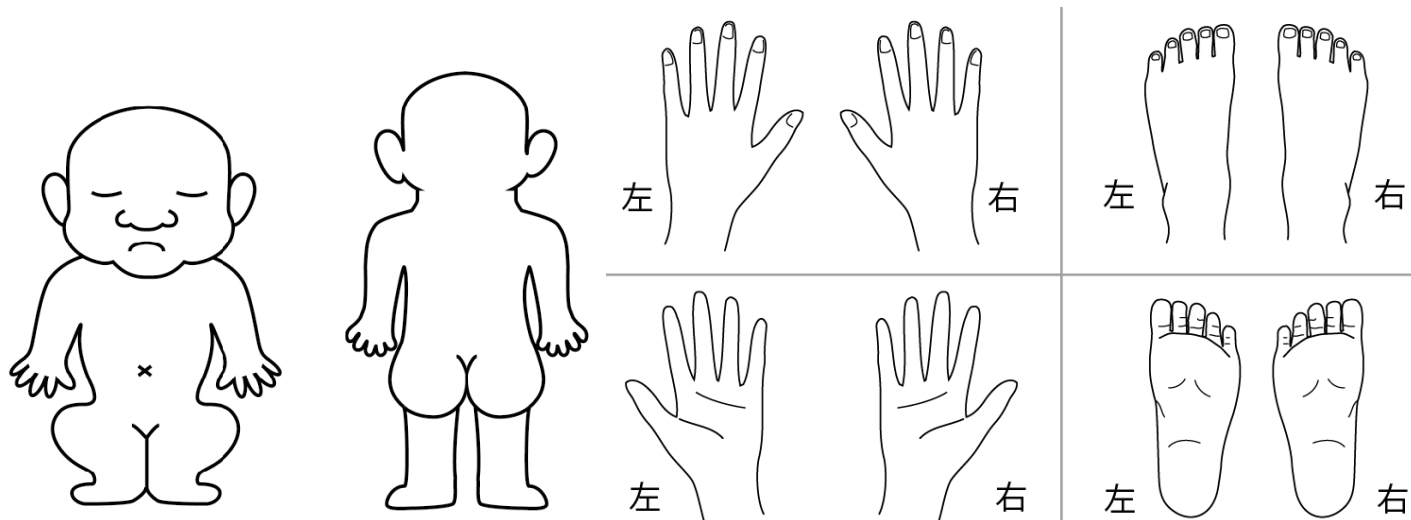
フリガナ		大正			
お名前:		生年月日	昭和	年	月
		平成	日	(歳)	男・女
現住所	〒	—			
		都道府県	区市郡		
TEL ()-()-()		※緊急連絡先			
当院でこれまで診療を受けたことがありますか。	ある・ない	紹介者名			

1. 症状について

本日はどのような症状ですか？

その症状はいつごろからですか？

部位（下の図に○をつけてください。複数可）



2. 現在、治療中の病気はありますか？

病名:

病院名:

使用中の薬: 内用薬()

外用薬()

3. 家族の方にアレルギー疾患はありますか(○をつけてください。複数可)

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その他()

4. 薬、食べ物などでアレルギーはありますか

薬 : いいえ

はい 薬剤名 :

症状:

食べ物: いいえ

はい 食べ物名:

症状:

5. ステロイドを使用する治療について(○をつけてください)

①絶対に使いたくない ②なるべく使いたくない ③必要に応じて使用するの構わない ④わからない