



問診票

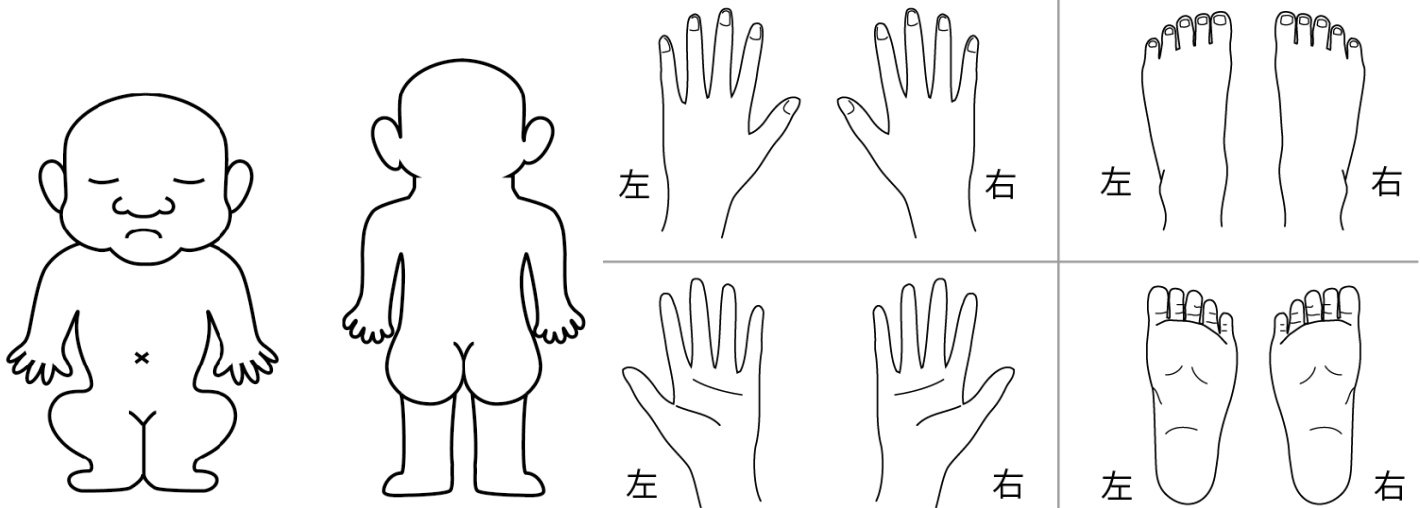
フリガナ		大正 昭和 平成 令和			
お名前:		生年月日	年	月	日(歳) 男・女
現住所	〒	—			
	都道府県	区	市	郡	
連絡先	携帯電話 ()-()-()				
	その他連絡先 ()-()-()				
当院でこれまで診療を受けたことがありますか。	ある・ない	紹介者名			

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は構わない ④わからない