

## 問診票（再診の方はご変更がなければお名前のみで結構です）

受診日	令和 年 月 日		
ふりがな			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 _____		
電話番号	自宅 ( )	携帯	( )
身長・体重	cm	kg (任意)	職業

①何科を受診希望ですか？（複数回答可）

泌尿器科    内科    皮膚科    形成外科    美容皮膚科    自費診療・点滴

当院受診歴のある方に伺います。前回と同じ症状ですか？    はい ・ いいえ

②症状はいつからですか？

月 日頃から

③どのような症状ですか？

[ ]

④発熱や激痛など急を要する症状はございますか

はい ・ いいえ

体温 ( 度 月 日から) 疼痛部位 ( )

⑤現在かかっている、または過去にかかった病気はありますか？

 高血圧・糖尿病・喘息・心筋梗塞・緑内障・悪性腫瘍・アトピー性皮膚炎・日光過敏症・膠原病  
 病名 ( 歳～) ( 歳～)

⑥現在服用中のお薬はありますか？

薬剤名 ( )

⑦現在服用中の薬や サプリメントはありますか？

( )

⑧過去にアレルギー症状が出たことがありますか？

はい ・ いいえ

薬 ・ 注射 ・ 食べ物 ・ その他 ( )

⑨お酒・たばこの嗜好品はありますか？

はい ・ いいえ

・タバコ→(1日 本 年間) ・お酒→(週 日程度 350ml 500ml 1L )

⑩運動習慣はありますか？

散歩・ランニング・筋肉トレーニング・その他 ( ) 週 回

⑪女性の方はお答えください

現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ 最終月経 ( 月 日)

⑫当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ    駅看板(茗荷谷・後楽園)    外看板    他院からの紹介    チラシ

インスタグラム    知人からの紹介 ご紹介者様お名前 ( \_\_\_\_\_ 様 )