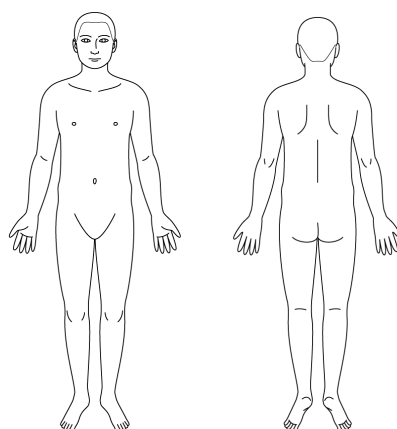


初診問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名		職業	
		体重	kg
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -	電話	携帯 自宅
未成年者のみ	保護者氏名	保護者携帯番号	
どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 皮がむける <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> とげ <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> 手荒れ <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> その他 ()	症状のある部位に○をしてください 	
症状はいつからですか			
上記症状に対して治療中の薬はありますか			
アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 紫外線アレルギー <input type="checkbox"/> 金属アレルギー (品目:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (品目:) <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー (薬の名称:) <input type="checkbox"/> アナフィラキシーの既往 (原因物質:)		
右の病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血 <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症/低下症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> ガン(部位:)、治療中ですか? はい・いいえ		
内服中の薬はありますか	はい・いいえ (はいの方は、お薬手帳をご提出ください)		
抗凝固薬(血液サラサラ薬)を内服中ですか	はい・いいえ		
妊娠中ですか (※女性の方のみ)	はい・いいえ		
授乳中ですか (※女性の方のみ)	はい・いいえ		
当院をご来院されたきっかけ	<input type="checkbox"/> 家族/知人/病院/薬局からの紹介()様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()		