問 診 票

受診日　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏　名	様		大・昭 平・令	年	月	日生　歳
住　所	〒　－	電話	自宅	－　－		
			携帯	－　－		

いつからどんな症状がありますか？

a）いつから：（　　年、　　ヶ月、　　週、　　日）前から

b）症　状：かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他（　　）

c）部　位：（　　）

現在、他院にて通院中や治療中の病気はありますか？（ ある ・ ない ）

ある方のみ

①病名 → 糖尿病　高血圧　心臓病　脳梗塞　脳出血
肝臓病　腎臓病　胃腸病　高脂血症　喘　息
鼻　炎　緑内障　眼圧が高い　前立腺肥大症
心療内科疾患　その他（病名　　）

②飲んでいる薬はありますか？

はい（　　）・いいえ

※お薬手帳のご提示お願いします。

薬のアレルギーはありますか？

はい（ 薬の名前　　）・いいえ

女性の方のみ　妊娠中・妊娠の可能性のある方・授乳中の方は○をして下さい。

（ 妊娠中・妊娠の可能性がある・希望している・わからない・授乳中 ）・なし

湯川クリニック