

問診票



まさきクリニック

ふりがな

お名前

(男・女)

記入日 年 月 日

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所 〒 -

☎電話 -

職業

身長 cm 体重 kg

①どのような症状ですか？

かゆい 痛い はれている 手荒れ 湿疹 かぶれ 虫刺され

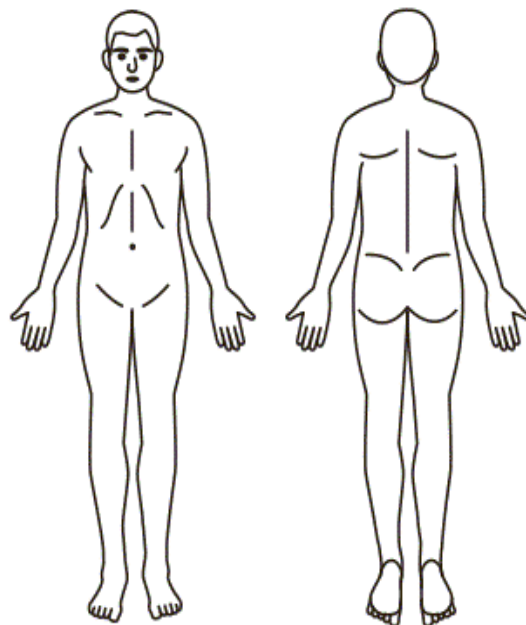
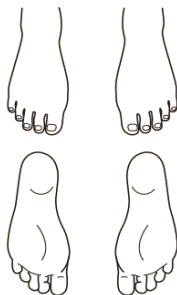
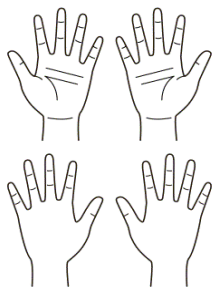
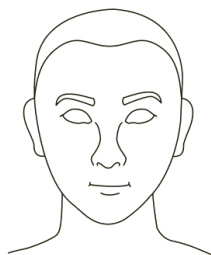
じんま疹 にきび 水いぼ 水虫 水ぶくれ 抜け毛

できもの ほくろ あざ いぼ 傷・ケガ やけど 眼瞼下垂

その他 ()

②いつ頃からですか？ ()

③どの部位ですか？



④このことで治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

その内容 ()

医療機関 ()

⑤治療中の病気はありますか？ (ある・ない)

アレルギー性疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高コレステロール ・ 心臓病 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 脳疾患

その他 ()

⑥飲んでいる薬、外用剤はありますか？ (ある・ない)

薬名 ()

⑦飲み薬、外用剤、注射で副作用が出たことがありますか？ (ある・ない)

薬名 ()

★妊娠中・授乳されていますか？ (いいえ・はい)

はいの方 (妊娠中・授乳中)

※ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察のみに使用します