

票 診 問

年 月 日

年 月 日

フリガナ：	生年月日（T・S・H・R）			年	月	日
お名前：	男・女	年齢	歳	職業		
住所 〒				電話番号		

※2週間以内に発熱がありましたか。 はい いいえ

診てもらう部位を右図に○で囲んでください。

いつ頃からですか？（例：～日前から、～ヶ月前から）

$$\left(\frac{1}{2} \right)$$

どのような症状ですか？

アトピーの方→自己注射の導入を検討していますか？

いいえ ・ はい（ 導入中 ・ 相談希望 ）

●この症状について今までに他の病院で治療をされていますか？

はい（どの様な治療でしたか？お薬（内服および外用）を具体的に）

いいえ。

●現在常時服用しているお薬がありますか？

はい（病名（分かれば）：

お薬：)

いいえ

●その他に大きな病気にかかったことがありますか？

はい（病名： ）

いいえ。

●アレルギーがありますか？（薬、食べ物なども含めて）

はい（何のアレルギーですか？）

いいえ

●妊娠の可能性はありますか？ はい（今何週ですか？： 週） いいえ

●授乳中ですか？ はい いいえ

●どのように当クリニックを知りましたか？(複数回答可)

[ウェブ検索](#) [ホームページ](#) [チラシ](#) [看板](#) [知り合いに勧められた](#) [その他](#)

