

問診票

ID:

受付日

年

月

日

フリガナ	性別 男 ・ 女
お名前	生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 —	ご連絡先

●既往歴

無 有 ⇒ ()

●現在治療中のご病気や過去に大きな病気、または手術を受けられたことはありますか？

無 有 ⇒ 病名 ()

手術名 () いつ頃: ()

●現在内服中のお薬はありますか？(サプリも含む)

無 有 ⇒ ()

●アレルギーはありますか？

無 有 ⇒ (具体的に:)

●(女性の方へ) 現在妊娠・授乳中ですか？

無 有

●以前お薬や塗り薬を使用して、具合が悪くなったり皮膚がかぶれたりかゆみが出たことはありますか？

無 有 ⇒ (症状:)

●現在お困りの症状などがございましたらご記入ください。

●ご希望される内服薬・塗り薬に○印をご記入ください

	シナール配合錠		ディフェリンゲル 0.1% 15g
	トランサミン錠 250 mg		アクアチムローション 1% 20ml
	ユベラ錠 50 mg		ヒルドイドソフト軟膏 0.3% 25g
	50 mgアリナミンF 糖衣錠		ヘパリン類似物質油性クリーム 0.3% 25g
	ビオチン散 0.2%		

●当院を知っていただいたきっかけは何ですか？

インターネット 看板 家族の紹介(お名前:) 知人の紹介(お名前:)
チラシ その他 ()