

問診表

○またはご記入ください。

年 月 日

ふりがな

氏名

年令 才 ヶ月

男・女

職業

12歳以下の方 体重 kg

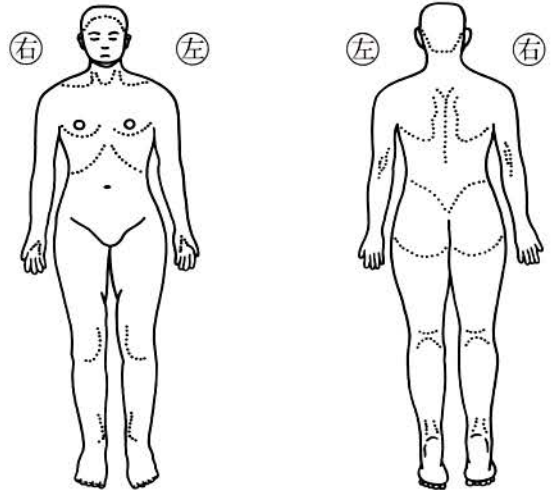
〒 住所

電話番号

携帯番号

①皮膚に関してお答えください

病気の部分を○または斜線で示してください



症状について

・かゆみ・いたみ・あかみ・ぶつぶつ・皮むけ

その他 ()

いつからですか? ()

治療について

・していた ・現在もしている ・していない

()

②その他の病気に関してお答えください

現在かかっている病気はありますか?

・ある (病名 医療機関 お薬名)

・ない

今までに何か病気はありますか?

・心臓・肝臓・腎臓・糖尿・ぜんそく・高血圧・性病・けいれん・てんかん

・精神・眼・耳鼻・泌尿器・甲状腺・アレルギー疾患・その他 ()

③食物アレルギーやお薬アレルギーについて

・ある (名前 いつ頃 症状)

・ない

④女性の方に質問です

・妊娠中 (ヶ月) ・妊娠なし・授乳中 (赤ちゃんは ヶ月)

・妊娠の可能性あり

⑤漢方薬治療について

・使ってみたい ・使いたくない ・どちらでもいい