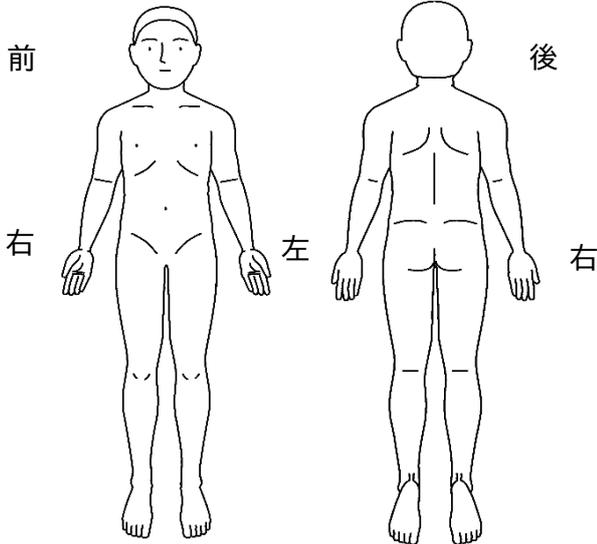


問 診 票

フリガナ		性別		大・昭・平・令
お名前		男・女	生年月日	年 月 日 歳
ご住所	〒			
電話番号		体重	(お子様の場合のみ)	kg

症状のある部位に○をお書きください。



1. いつ頃からですか？
(日・ヶ月・年 前から)

2. どこが、どのような症状ですか？

部位()

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> ぶつぶつ |
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> かさかさ |
| <input type="checkbox"/> 赤み | <input type="checkbox"/> じゅくじゅく |
| <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> 肌の乾燥 |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> できもの |

やけど なにで？ ()

その他 ()

3. 原因として思い当たることはありますか？ いいえ はい ()

4. この症状で、治療を受けたことはありますか？ いいえ はい (病院名: _____)

お薬名() お薬名不明

5. 現在内服・外用しているお薬はありますか？ いいえ はい【お薬手帳: あり・なし】

お薬名() お薬名不明

6. 薬や食べ物、注射、麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか？

薬 : いいえ はい → 薬剤名 : 症状:

食べ物 : いいえ はい → 食べ物名 : 症状:

7. 風邪薬やアレルギーの薬で眠くなったことはありますか？

とても眠くなる すこし眠くなる 全く眠くならない わからない

8. 現在もしくは、今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか？

- いいえ
- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症)
- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 (B型肝炎 C型肝炎) 腎臓病
- 糖尿病 緑内障 胃潰瘍 膠原病 高脂血症 (脂質異常症) 前立腺肥大
- 梅毒 その他 ()

9. 喫煙していますか？ いいえ はい → 1日何本 ()本 × ()年

10. アルコールは飲みますか？ いいえ

はい → 毎日 ()日/週 ()日/月

11. 薬の剤形の希望はありますか？ いいえ はい → 粉 シロップ 錠剤

12. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ はい (週目) 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ はい