

<問診票>

* およりがな * 氏名	(男・女)	* 生年月日	年	月	日	歳
* ご住所 〒						
* 電話番号 ()						
携帯電話 ()						
ご職業					* 必須項目	

1 下の図で、本日診察を希望される場所を○で囲んでください。



- 2 どうなさいましたか？ _____
- 3 症状が出たのはいつ頃ですか？ _____
- 4 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？ はい ()・いいえ
- 5 現在、服用中のお薬はございますか？ はい ()・いいえ
- 6 注射やお薬で、気分が悪くなったことはありますか？ はい ()・いいえ
- 7 大きな病気にかかったことがありますか？ はい ()・いいえ
- 8 下記の病気にかかったことはありますか？
心疾患・高血圧・糖尿病・肺疾患・肝疾患・腎疾患・喘息・その他 ()

9 この診療所を、どのようにお知りになりましたか？

インターネット・会社の知人・近隣の知人・家族・友人・看板・その他 ()

* ご記入頂いた個人情報は、必要な医療機関・薬局にのみ、提供する場合がございます。

* 説明しにくいご症状の方は、ご遠慮なく医師にお申しつけください。

* 桜皮膚科*