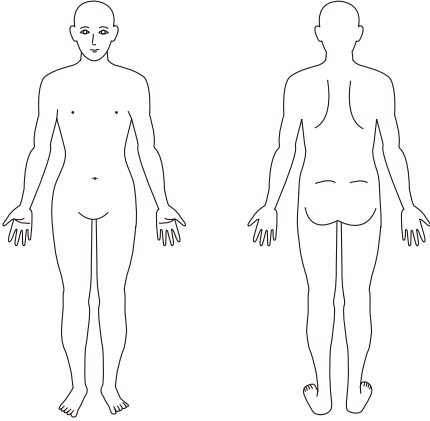


問 診 票

年 月 日

ふりがな		年齢	才	生年月日	T・S H・R	年 月 日
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話		
ご住所	〒 -					

あてはまるものにチェックをしてください

1. どうしましたか？ <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> あざ <input type="checkbox"/> じくじく <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> その他 ()	 <p>症状のある箇所に丸をして下さい</p>
2. それはいつからですか？ 	
3. その症状は変化していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 大きくなった <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 広がった <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 薬や食べ物でアレルギーが出ますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> その他	
5. 現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ()	
6. 今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 前立腺の病気 <input type="checkbox"/> その他 ()	
7. 現在治療している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8. 手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9. 麻酔をして何かトラブルがありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10. 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない
11. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12. 当院を受診されたきっかけを教えてください。 ①自宅や職場に近いから ②家族・知人の紹介 ③チラシを見て ④ホームページを見て ⑤看板を見て ⑥その他 ()	

