# 問　診　票

記入日　　年　　月　　日

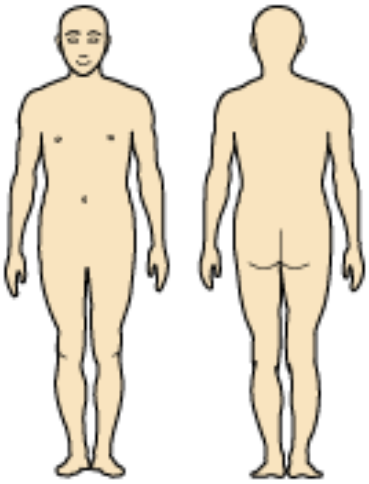
| | | |
|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 |
| お名前 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　（満　　歳） | |
| ご住所 | 〒 | |
| 電話番号 | （　　）　　－　　（携帯電話：　　－　　－　　） | |

該当するものに〇印をつけてください。空欄には必要時にご記入ください。

本日当院へは
A. 初めての来院。相談
B. 初めてではなく、前回と同じ内容の相談
C. 初めてではないが、前回とは違う内容の相談

他の病院からの紹介状をお持ちですか？　（　紹介状あり　・　紹介状なし　）

本日ご相談の身体部位はどちらですか？（図に丸をつけて下さい。）

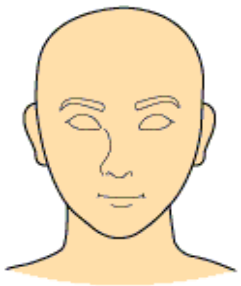


どのような症状がありますか？（簡単な記入で構いません。）

その症状はいつ頃からですか？

今までにかかった病気はありますか？
はい：心臓や血管の病気・糖尿病・肝臓の病気・腎臓の病気・透析・
高血圧・喘息
その他（　　）
いいえ

現在治療している病気はありますか？
はい：心臓や血管の病気・糖尿病・肝臓の病気・腎臓の病気・透析・
高血圧・喘息
その他（　　）
いいえ



これまでに手術を受けたことや、その他、持病などありますか？
はい：
いいえ

普段、ご自身で常用しているお薬はありますか？
ある　　ない　　※おくすり手帳をお持ちの方は受付で提出をお願いします。

おくすり手帳をお持ちでない方、またはおくすり手帳に記入されているもの以外で内服しているものがある方はご記入お願いします。
（　　）

これまでに薬、食事などでアレルギー反応が出たことはありますか？
はい：薬の名前、食べ物の名前（　　）
いいえ

皮膚はかぶれやすいですか？（テープ類やアルコール消毒など）
はい・いいえ

女性の方に、お伺いします。現在妊娠中ですか。または、妊娠の可能性がありますか。
はい・いいえ

これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。ご協力ありがとうございました。

医療法人 藻友会　いしやま形成外科クリニック　TEL（011）530－1480