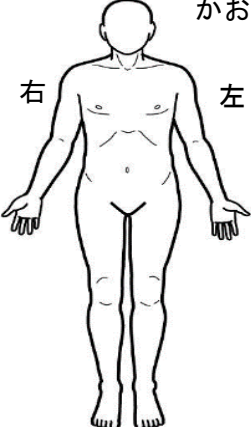
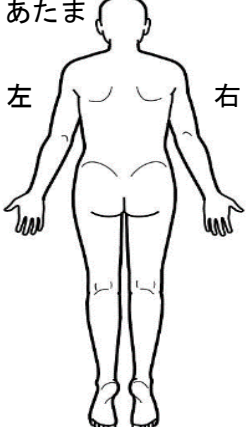








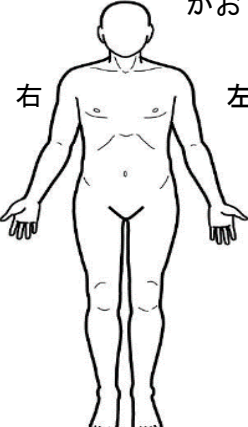
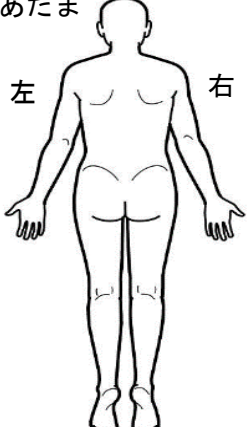










問 診 票

フリガナ				ID		
お名前				性別	男 ・ 女	
住所	〒			体重	※小児の場合のみ記入 Kg	
電話番号	—	—	携帯電話	— —		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	歳

<p style="text-align: center;">症状 1</p> <p>① どのような症状ですか？ かゆみ 痛み 赤み 腫れ 膿み その他 ()</p> <p>② 症状はどの部分ですか？ 下の図に○を付けてください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>かお</p>  <p>右 左</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>あたま</p>  <p>左 右</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">全身</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> </div> <p>③ いつから症状がありますか？ 年 月 日頃から</p> <p>④ その症状で病院には行きましたか？ はい いいえ</p> <p>↳ 病院名 () 受診日 年 月 日 病名 () お薬 ()</p>	<p style="text-align: center;">症状 2</p> <p>① どのような症状ですか？ かゆみ 痛み 赤み 腫れ 膿み その他 ()</p> <p>② 症状はどの部分ですか？ 下の図に○を付けてください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>かお</p>  <p>右 左</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>あたま</p>  <p>左 右</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">全身</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>右</p>  <p>左</p> </div> </div> <p>③ いつから症状がありますか？ 年 月 日頃から</p> <p>④ その症状で病院には行きましたか？ はい いいえ</p> <p>↳ 病院名 () 受診日 年 月 日 病名 () お薬 ()</p>
--	---

裏面に続く

フリガナ		ID	
お名前		性別	男 ・ 女

◆ 他に治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ

↳ 病名 ()

◆ 現在、お薬を飲んでいますか？

はい ・ いいえ

↳ お薬名 ()

◆ これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

はい ・ いいえ

↳ 病名 ()

◆ これまでにアレルギー症状が出たことはありますか？

はい ・ いいえ

↳ お薬名 ()

↳ 食べ物 ()

その他 ()

◆ 女性の方へお尋ねします。該当するところに○をつけてください。

妊娠中 授乳中

◆ 当院をどちらで知りましたか？

ホームページ インターネット検索 ポスティング ビルの看板

駅看板 バスの看板 ドクターズファイル

他の病院からのご紹介 ➡ 病院名 ()

知人・ご家族からのご紹介

その他 ➡ ()