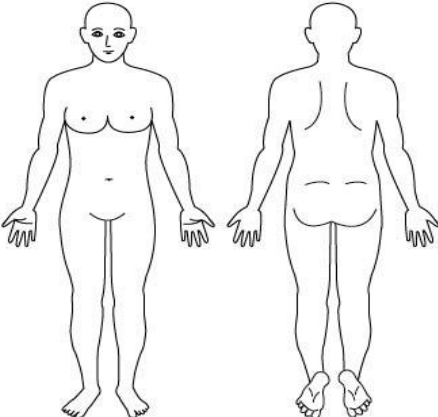


問診表

ふりがな		年齢
氏名		
住所		男 女
電話番号	・ご自宅 () - ()	・携帯番号 () - ()
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
ご相談内容		
<p>【上記の症状に対して既に何か治療をされていますか？】</p> <p>未治療 ・ 治療中 (他院で治療中・市販薬使用中)</p>		<p>【治療中の方は薬・処置等をご記入下さい】</p>
<p>【現在治療中の病気、あるいは、以前にかかったことのある病気はありますか？ご記入ください。】</p> <p>高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 心筋梗塞 狭心症 ・ 心臓病 ・ 下肢静脈瘤 アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ その他 ()</p>		
<p>【現在内服・外用されている薬はありますか？】</p>		
<p>【喫煙されていますか？】</p> <p>いいえ ・ はい 1日約 本/喫煙年数 約 年)</p>		
<p>【日の平均睡眠時間は？】 約 時間/日</p> <p>【生活リズムは？】 規則的 ・ 不規則</p>		
<p>【女性の方のみご記入下さい】</p> <p>妊娠 (している・可能性あり・なし) 月経 (規則正しい ・ 不規則 ・ 閉経)</p> <p>妊娠 ヶ月授乳中 ()</p>		
<p>【せ皮膚科を何でお知りになりましたか？】</p> <p>看板をみて ・ ホームページ ・ タウンページ ・ 知人の紹介 (様)</p> <p>その他 ()</p>		

受付にてお渡しください