令和　　年　　月　　日

# 問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳

**① 今日はどのような症状で来院されましたか？**
**下記の該当する枠に記入してください。両方該当する場合は両枠記入してください。**

**前回と同じ**

該当の症状を〇で囲んでください
イボ・ニキビ・やけど・水虫・
帯状疱疹・体や顔のかゆみ
その他

症状は？チェックしてください
☐良い
☐悪い
☐変わらない
☐良い所も悪い所もある
☐良かったけど薬が切れて悪化

**新しい症状**

☆症状はいつから？
（　　）日前　（　　）か月前　（　　）年前～

☆顔や体のどの部位に？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆どのような症状？
しっしん・かゆみ・痛み・腫れ
ニキビ・水虫・イボ・できもの　など
できるだけ詳しく書いてください

〔　　〕

② 前回と同じ症状の方
処方してほしいぬり薬・飲み薬
ありますか？（薬剤名・量）

（　　）

③ 現在、他の病気を治療されていますか？
はい（病名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　いいえ
⇓
③ -1「はい」の方のみ　お薬手帳はお持ちですか？
ある　　ない
（診察室で提示していただきます ご準備ください）
（薬の名前がわかる方はご記入ください）
薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④以下の該当するものがあれば〇で囲んで詳細をご記入ください
1. 妊娠（　　か月）
2. 授乳（お子さんは　　歳　　か月）
3. 緑内障
4. 薬剤アレルギー（　　）
5. 体重（小児のみ）　　ｋｇ

ご協力ありがとうございました。

第５さくらい医院