（ふりがな）

問　診　票　お名前:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

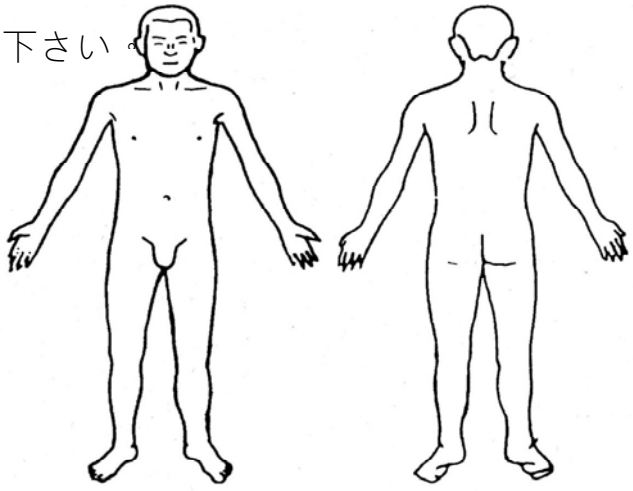
※物忘れ、ニキビ、靴外来、美容は別の問診票がありますのでお申し出ください。

1　本日はどちらの科の診察を希望しますか。

☐ 皮膚科→ 希望医師は（☐大先生、☐若先生、☐山本圭子先生、☐誰でも可）

☐ 神経内科・内科　　☐ 皮膚科と神経内科の両方

2　具合の悪いところに〇をつけて下さい。



3　どんな症状ですか？

☐ 痛い　　☐ かゆい

（痛いかゆい以外は下記に記載下さい）

4　それはいつ頃からですか？

5　毎日飲んでいる薬や現在治療中の病気はありますか？

☐ あります。　　☐ ありません。

その薬や病気の名前を記入下さい(わからなければ後日教えて下さい)。

6　薬や食物に対するアレルギーはありますか？

☐ あります。　　☐ ありません。

その名前を記入して下さい。

7　子供を作る予定はありますか？　☐ あります　☐ ありません。

8　過去にかかった病気・受けた手術、知っておいて欲しい体質、診察時に聞きたいことなどを教えてください。

ご住所　〒　　－

県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿