

問 診 票

お名前	
住所	(変更がある方のみ)〒
TEL	(変更がある方のみ)

1、本日の症状を簡単にお書きください。

*風邪症状の方は、体温をお書き下さい。

体温

℃

!!重要!!

◎今までに、薬によるアレルギーが出た事がありますか？ ある方は薬品名と症状を記入して下さい

はい → ()

いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？

はい ・ いいえ

◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？

はい ・ いいえ

◎(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？

はい (週) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

2、本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか

いいえ はい → (いつ頃: 渡航先:)

3、今までに、大きな病気や手術をした事がありますか

いいえ はい → ()

4、現在治療中の病気はありますか

いいえ はい → ()

5、(泌尿器科におかかりの男性のみ)

現在、AGAの薬を服用していますか？

はい ・ いいえ

(・サガーロ・プロペシア・フィナステリド)

備考欄