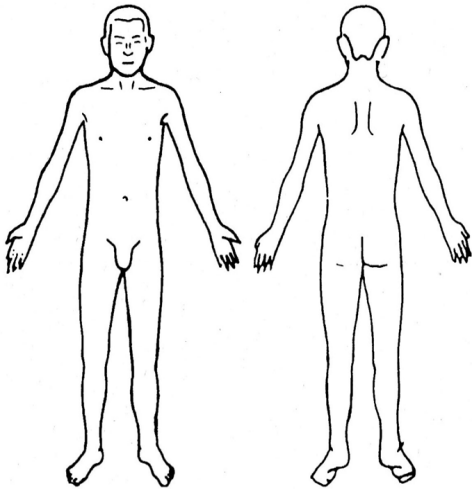
問　診　票　大先生希望、若先生希望、どちらでもいい

お名前：



1 具合の悪いところに
　　〇をつけて下さい。

2 症状はいつからですか？

3 どんな症状ですか？

□ 痒い　□ 痛い　□ 痛くも痒くもない

□ その他（　　）

4 毎日飲んでいる薬や健康食品はありますか？

□ あります。　　□ ありません。

その名前を記入して下さい。

5 薬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。

6 子供を作る予定はありますか？　□はい　□ いいえ

7 診察時に聞いておきたいことがあれば教えてください。