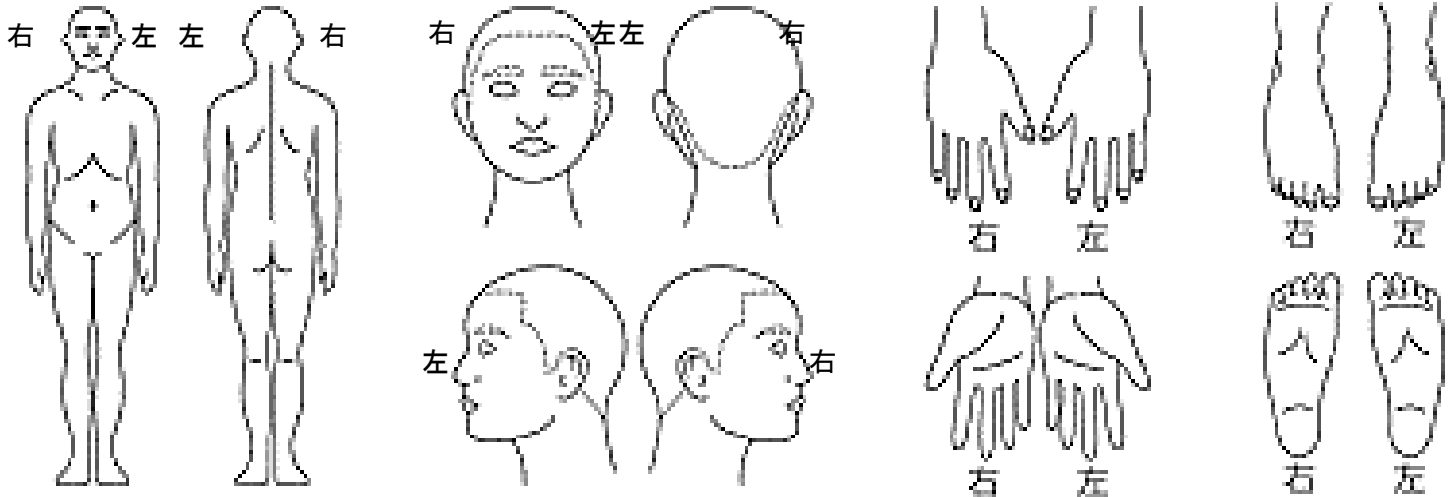


問診票

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	電話	
		携帯番号	

本日はどのようなことで受診されましたか？図の具合が悪いところに○をして下さい



マイナンバー保険証による診療情報(薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報)取得について

同意する 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

いつから、どのような症状ですか？

()前から

痛み かゆみ できもの 湿疹 ほくろ ニキビ イボ 蕁麻疹
インフルエンザ予防接種 その他()

そのことで今までに治療を受けられましたか？

いいえ はい→() 他院からの紹介状あり

女性の方へ：現在妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性がありますか？

いいえ はい→()ヶ月 授乳中 妊娠の可能性あり

薬や、注射であわないものやアレルギーはありますか？

いいえ はい→()

現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい→()

現在服用中・外用中の薬はありますか？

いいえ はい→()

当医院では保険診療の他に自由診療(保険対象外)を行っていますが、ご相談希望のものはございますか？

脱毛 シミ 肝斑 くすみ そばかす シワ たるみ ニキビ ニキビ跡
毛穴 赤ら顔 イボ ほくろ 脇汗 ピアス 巻爪 プラセンタ注射
その他()

★ 問診票のご記入ありがとうございました。問診票は受付へお渡しいただき、待合室でお待ち下さい。
丁寧でわかりやすい診察を心がけておりますので、ご質問がありましたら、お気軽にご相談下さい。

※自費の診察はカウンセリング料2000円(税込)頂きます。ご了承ください。
なお、美容施術、手術についてはご予約制となっております。