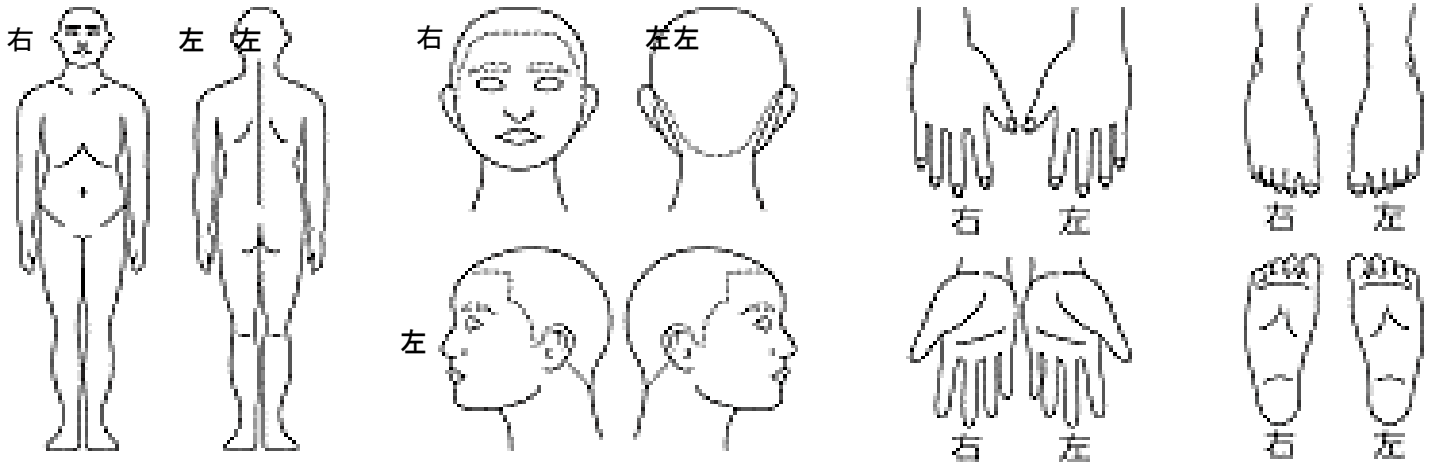


# 問診票

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



どのような症状ですか？

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( )

いつ頃からですか？

( )前から

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→( )

女性の方へ：現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

いいえ   はい→( 月)

現在、授乳中ですか？

いいえ   はい

薬や、注射であわないものはありますか？

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→( )

いままでに大きな病気になったことや手術を受けたことはありますか？

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( )

最後に、当クリニックに来院するきっかけを教えてくださいませんか？

家族・親族からの紹介   知人の紹介   ネット検索   家が近所   駅の看板を見て  
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。