

# 問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 ( 才 )
ご住所	〒				
連絡先	電話番号 ( - - )		携帯電話 ( - - )		

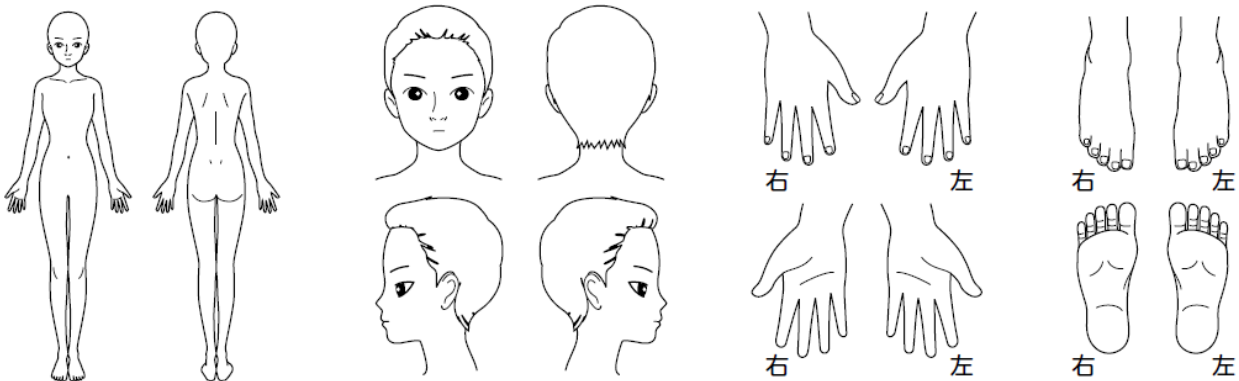
\* 当院をお選びいただいた理由についてお聞かせください。

- 知人、家族の紹介(ご紹介者のお名前 \_\_\_\_\_ 様)  家の近くだから  
 職場の近くだから  ホームページをみて  雰囲気よさそうだから  
 他医療機関の紹介(医院名: \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )

\* いつからどんな症状がありますか？希望される治療や相談はありますか？

- 1) いつから : ( 年、 カ月、 週、 日 ) 前から  
 2) 症 状 : かゆい・カサカサする・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・脱毛・白斑・水痘(みずぼうそう)・ヘルペス・しらみ・巻き爪・ケガ・やけど・キズアト  
 ・その他( \_\_\_\_\_ )熱がある( \_\_\_\_\_ °C)  
 ・健康保険内の手術治療希望(できもの・粉瘤・ほくろ・眼瞼下垂・わきが)  
 ・レーザーや美容相談(シミ・クスマ・ホクロ・いぼ・できもの・しわ・毛穴の開き・子供のしみあざ)  
 ・美容の注射や点滴希望(プラセンタ・美白・美肌・ダイエット・白玉注射 & 点滴・NMN点滴)  
 ・疲労回復の注射や点滴希望(ニンニク注射・肝機能強化・二日酔い予防)  
 ・男性型脱毛(AGA)の相談 ・女性の薄毛相談 ・ピアス(両耳・片耳) ・多汗症の相談  
 ・帯状疱疹予防ワクチンやインフルエンザワクチンの希望や相談

3) 部 位 : (下の図に○印を付けて下さい)



\* 本日の病状に関して心配な事、聞いておきたいことがありますか？

( \_\_\_\_\_ )

\* 本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか( はい・いいえ )

これまでの治療内容( \_\_\_\_\_ )

\* 以下の事項に該当するものがあれば教えて下さい。

- 薬、食べ物のアレルギー( \_\_\_\_\_ )  
 現在妊娠している( \_\_\_\_\_ カ月)  妊娠の可能性あり  授乳中  妊活中  
 裏面にも続きがございますので、ご記入お願い致します。

**\* 現在、治療中の病気はありますか？**

病名( ) 病院名( )

内服薬・外用薬

[ ]

お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。

**\* 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか**

1. アトピー性皮膚炎
2. アレルギー性鼻炎(花粉症)
3. 喘息
4. 糖尿病
5. 心臓病
6. 高血圧
7. 胃潰瘍
8. 肝疾患
9. 腎疾患
10. 膠原病
11. 前立腺肥大
12. 緑内障
13. 輸血
14. 手術( )
15. 透析中
16. その他( )

**\* ご希望の治療をお選び下さい。**

健康保険の範囲内での治療を希望します。

自費治療・美容治療に関してお話しを聞いてみたい。

以下の質問はできものの診察をご希望の方のみお答え下さい。

**\* 当院は形成外科専門医による治療を行っているため、手術のご希望を伺っております。**

できもの等の治療に関して手術の希望などございましたら教えて下さい。

できものの良性か悪性かを知りたい

手術の方法や傷跡などのお話を聞きたい

日帰り手術ができるのなら手術をしたい(本日も行いたい・後日行いたい)

手術以外の治療方法があるか聞きたい

**\* その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい**

( )