

問診票

フリガナ		性	男	生年月日			
お名前		別	女	大・昭・平・令	年	月	日
					()	歳	
ご住所	〒 -			職業:			
連絡先	携帯電話: - -		続柄()	ご自宅: - -			

*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をご記入ください。

1 いつ頃から ()

2 症 状 : かゆい ・ カサカサ ・ プツプツ ・ 痛い ・ できもの ・ いぼ ・ ほくろ
にきび ・ 赤み ・ 水虫 ・ 爪を切ってほしい ・ 爪の相談
虫さされ ・ ヘルペス ・ しらみ ・ 脱毛 ・ 多汗症
やけど ・ キズアト ・ あざ ・ ケガ (骨や筋肉の痛みがある場合は整形外科へ)
その他()

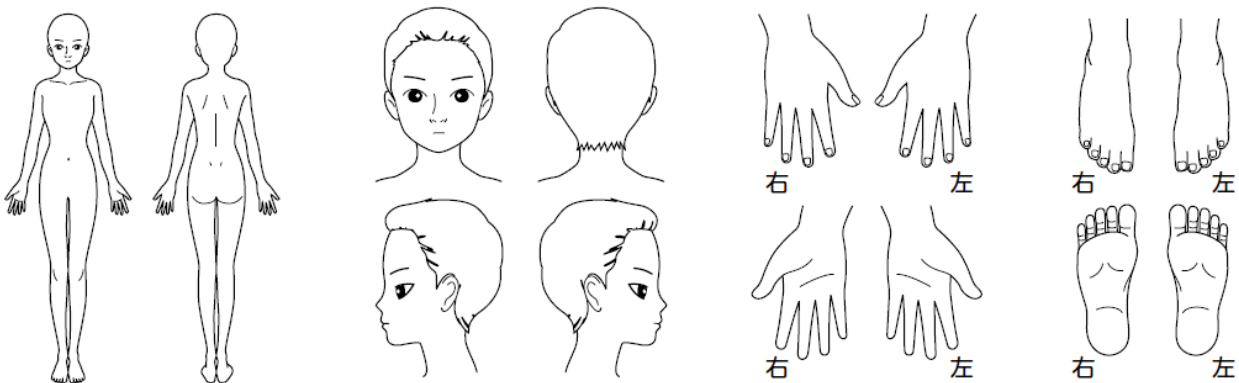
※ケガ、やけど、キズアト、あざの症状の方はその他に詳しく状況等をご記入ください。

美容相談 : シミ ・ クスミ ・ ホクロ ・ いぼ ・ できもの ・ しわ ・ 毛穴
プラセンタ ・ 美白 ・ 美肌 ・ ダイエット ・ 白玉注射&点滴
NMN点滴 ・ ニンニク注射 ・ その他()

その他の相談 : ピアス(両耳・片耳) ・ AGA(男性の薄毛) ・ 女性の薄毛

ワクチン相談 : 带状疱疹予防ワクチン ・ インフルエンザワクチン
その他()

3 部 位 : 下の図に ○印 を付けて下さい。



* 本日の病状に関して伝えたいことや、聞いておきたいことがあればご記入ください。

()

* 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()

裏面へ➡

***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を聞いてみたい。

***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はありますか(はい ・ いいえ)

はい と答えた方()

***女性の方にお伺いします。**

☐妊娠の可能性はない ☐妊娠の可能性あり ☐妊活中

☐現在妊娠している(妊娠: ヶ月) ☐授乳中

*** 現在治療中、または以前かかっていた病気はありますか。**

(はい ・ いいえ)

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・喘息

・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧

・脂質異常症 ・肝疾患 ・腎疾患

・胃潰瘍 ・前立腺肥大 ・膠原病

・緑内障 ・透析中 ・輸血

・手術()

・その他の病気()

***現在飲んでいる薬や塗り薬はありますか。(はい ・ いいえ)**

☐お薬手帳を持参し、受付に提出済みの方 ☐スマートフォンや携帯電話に記録がある方
上記に当てはまらない方はお薬名等の記入をお願いします。

*** 通院中の病院やクリニックがあれば教えてください。**

病名・クリニック名

***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 ☐雰囲気によさそうだから

☐方南町皮膚科クリニックの紹介 ☐他医療機関の紹介(医院名:)

☐その他()