

問診票

フリガナ		性別	男	生年月日
お名前			・ 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・力サカサ・ツツツツ・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。

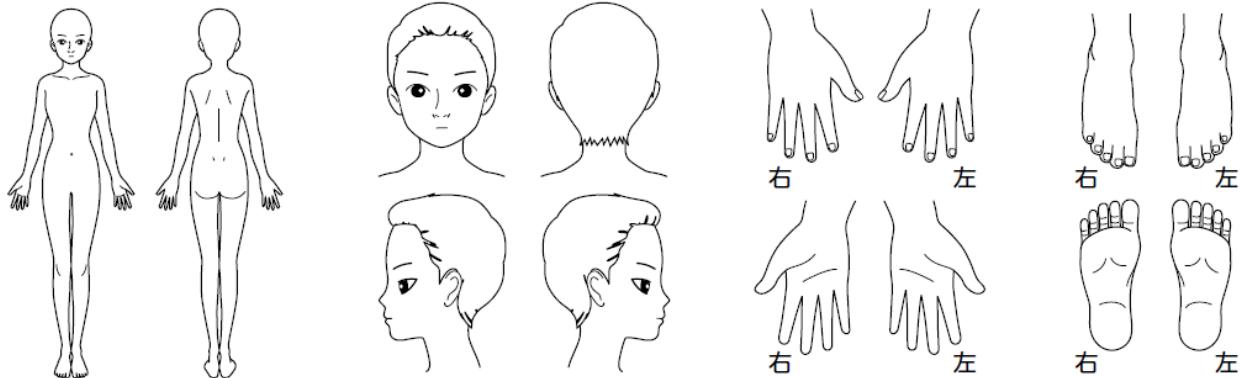
美容相談：シミ・クスミ・ホクロ・いぼ・できもの・しわ・毛穴
プラセンタ・美白・美肌・ダイエット・白玉注射＆点滴
NMN点滴・ニンニク注射・その他()

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：帯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しを聞いてみたい。

***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 妊娠中

現在妊娠している(妊娠: ケ月) 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 |
| ・腎内障 | ・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(紹介者のお名前 _____ 様) 家の近くだから

職場の近くだから ホームページを見て 雰囲気がよさそうだから

方南町皮ふ科クリニックの紹介 他医療機関の紹介(医院名:)

その他()