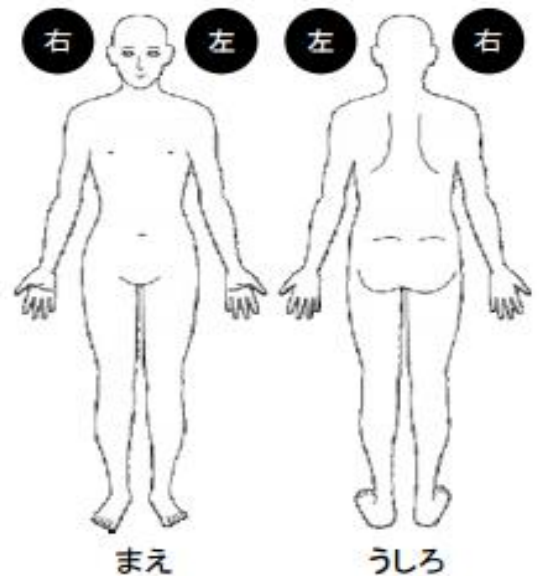


問診票

記入日	年	月	日	カルテNo.
フリガナ				性別
お名前				生年月日
				大正・昭和・平成・令和
				年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -			
携帯	-	-	身長・体重 (お子様)	
ご自宅	-	-	cm	kg

①どうなさいましたか？

かゆい 湿疹 痛い ニキビ いぼ はれ
しこり けが やけど 巻爪 傷痕 水虫
ほくろの心配 ほくろ除去の相談 ピアストラブル
その他 ()



②いつ頃から症状が出ていますか？ ()

③症状が出ている箇所に○をつけてください →

④現在他の病院で治療中の病気やケガはありますか？
いいえ・はい ()

⑤現在使用している飲み薬や塗り薬はありますか？
いいえ・はい お薬名 ()
※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

⑥今までにかかったことのある病気や、治療を受けたことがあるものはありますか？
いいえ・はい 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病
甲状腺 膠原病 不整脈 喘息 その他 ()

⑦お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
お薬 : いいえ・はい ()
食べ物 : いいえ・はい ()
その他 (花粉など) : いいえ・はい ()

⑧女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ・可能性あり・はい (妊娠 月)
現在授乳中ですか？ いいえ・はい

⑨自由診療 ※別途、初・再診料を頂戴いたします

美容の相談 (シミ・しわなど) ピアスの穴あけ A G A の相談

⑩当院をどちらで知りましたか？

通りがかり インターネット ()
知人・病院の紹介 ()
広告 () その他 ()