

診察券番号： _____

フリガナ		生年月日：(昭 ・ 平 ・ 令)	歳
お名前		年 月 日	男 ・ 女
ご住所	〒 _____		
電話番号		携帯番号	

※シミやシワなど美容についてのご相談は予約制になります。お気軽に受付までお声がけください。

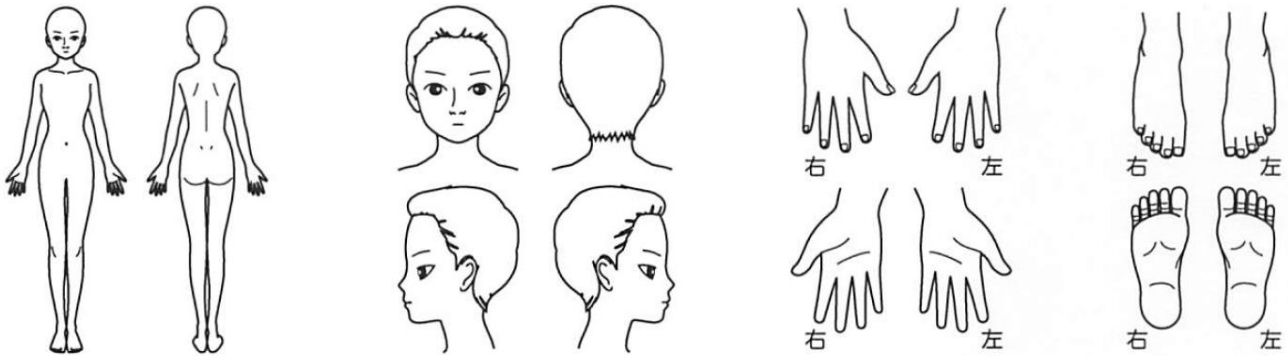
※問診票はできる限り全てご記入ください。分からない場合は“不明”とお書きください。

1：いつから、どこに、どんな症状がありますか？

(症状が複数ある場合は、どの場所が“いつから”・“どんな症状”か分かるように、図まで矢印を引いてください。)

a) いつから：□今日 □(____)日前 □(____)週間前 □(____)か月前 □その他(____)

b) どこに：(下の図に印をつけてください)



c) どんな症状：□かゆい □赤い □痛い □腫れている □ニキビ □水虫 □巻き爪
□シミ □イボ □ホクロ □その他(____)

d) その症状に思い当たる原因はありますか？

(ない ・ 不明 ・ ある： _____)

e) その症状について他の病院で治療したことはありますか？ある場合は薬などをお書きください。

(ない ・ 不明 ・ ある： _____)

f) 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。なければ空欄で結構です。

(_____)

2：薬や食べ物で異常が起こったことがありますか？ある場合は薬・食べ物の名前などをお書きください。

(ない ・ ある： _____)

3：治療中の病気やこれまでにかかったことのある病気がありますか？

(ない ・ ある) □アトピー □糖尿病 □腎臓病 □その他(____)

4：<女性の方へ> 妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい：妊娠____か月、出産予定日____月____日)

5：<女性の方へ> 授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

6：<中学生以下の方へ> 体重を教えてください。(約____kg) (不明の場合は空欄で結構です)