

問診票

フリガナ			生年月日	体重
お名前		男 女	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	※小学生以下 () kg
〒	-	住所		
ご連絡先	-	-		

※個人情報のお取扱いについては、医療提供・診療費請求等の目的以外では使用致しません。

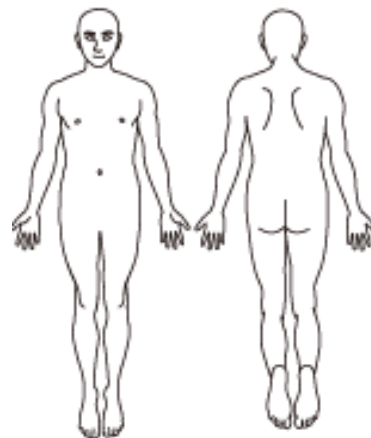
1. 本日はどのような理由で受診されましたか？部位にチェックを入れてください。

- 全身 頭
 顔 首 肩 胸 お腹 腕 手
 背中 お尻 外陰部 下肢 足 足爪
 その他 ()

↓こちらの記入もお願いします。

2. 1はどのような症状ですか？

- 痛み かゆみ できもの 湿疹 ニキビ 赤ら顔 円形脱毛症
 あざ (赤 青 茶 黒)
 シミ そばかす 肝斑 くすみ しわ レザ-脱毛
 ホクロ 男性型脱毛症 まつげ貧毛症 刺青除去
 * は保険外治療となりカウンセリング料が発生することがあります*
 その他 ()



3. 仕事中、または交通事故での受傷ですか？

- いいえ はい (仕事中 交通事故)

4. いつ頃からですか？

- () 時間前から () 日前から () 週間前から
 () ヶ月前から () 年前から ()

5. そのことで今までに治療を受けられましたか？

- いいえ はい ⇒ ()

6. 現在、治療中の病気はありますか？ 服用中、外用中の薬はありますか？

- いいえ はい (治療中の病名・薬品名:)

7. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい (病名:)

8. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ はい (病名:)

9. 女性の方へ： 現在妊娠中・ 妊娠の可能性がある・ 授乳中 ですか？

- いいえ はい ⇨

10. ご来院のきっかけを教えてください

- ご家族・ご親族のご紹介 知人・ご友人 ウェブサイト 近所 iタウンページ
 タウンページ 看板 他院紹介 (病院名:) その他 ()

※当院で治療を開始する際には治療の効果を診るためや、経過をわかりやすく把握する目的でカルテ用に経過写真を撮らせていただきます。(学会発表や、研究目的で使用する際には改めて同意を得ます)

- 同意する 同意しません

※受付で保険証を提示後、確かに受け取りました。 署名 _____

