

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな : _____

お名前 : _____ (男 ・ 女)

生年月日 : 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)

住所 : 〒 _____

電話 : _____ 携帯電話 : _____

皮膚科の診察を受けられる方へ

(1) 本日の受診の目的に○印をつけて下さい。

アトピー ・ 花粉症 ・ じんましん ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ いたみ ・ 虫さされ ・ 手あれ ・ 水虫 ・ やけど
ほくろ ・ イボ ・ 水イボ ・ できもの ・ にきび ・ しみ ・ あざ ・ たこ ・ うおのめ ・ いんきん ・ たむし
毛が抜けやすい ・ 頭がかゆい ・ ふけが気になる ・ 円形脱毛症
男性型脱毛 ・ 多汗症 ・ わきが ・ その他()

(2) その症状はいつ頃からですか？

(頃から)

(3) 症状のある部分に○印をつけて下さい。(右 図)

(4) 今までに他の病院で治療されましたか？(はい ・ いいえ)

(5) 薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 痛み止め ・ その他()

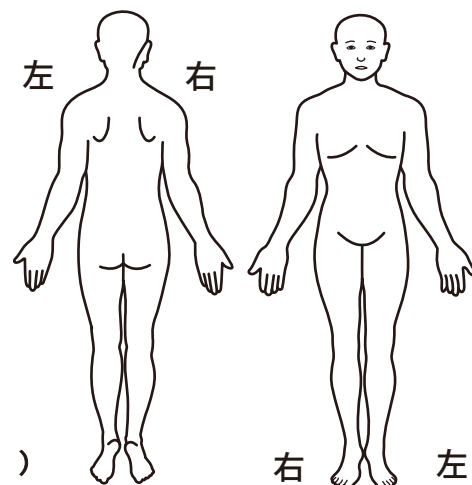
(6) 現在、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

糖尿病 ・ 血圧 ・ 心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ その他()

(7) 常用している薬(市販薬含む)はありますか？(はい ・ いいえ) (薬名:)

(8) 現在、妊娠中ですか？(はい ・ いいえ) (妊娠 ヶ月)

(9) 現在、授乳中ですか？(はい ・ いいえ)



形成外科・美容形成外科の診察を受けられる方へ

(1) 本日の受診の目的に○印をつけて下さい。

レーザー脱毛(部位:) ・ ピーリング(にきび ・ くすみ ・ しみ ・ 小じわ)

レーザー(しみ ・ そばかす ・ あざ) ・ しわ(部位:) ・ たるみ(部位:)

目の下のくま ・ 二重 ・ 隆鼻 ・ 傷跡修正 ・ ピアス ・ プラセンタ注射 ・ にんにく注射

その他()

本日、カウンセリング後の治療は希望されますか？(はい ・ いいえ ・ 後日)

※ ご希望される内容によっては、後日予約の治療となることもありますので、ご了承下さい。