

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ：

お名前： _____ 体重（小児のみ） _____ kg

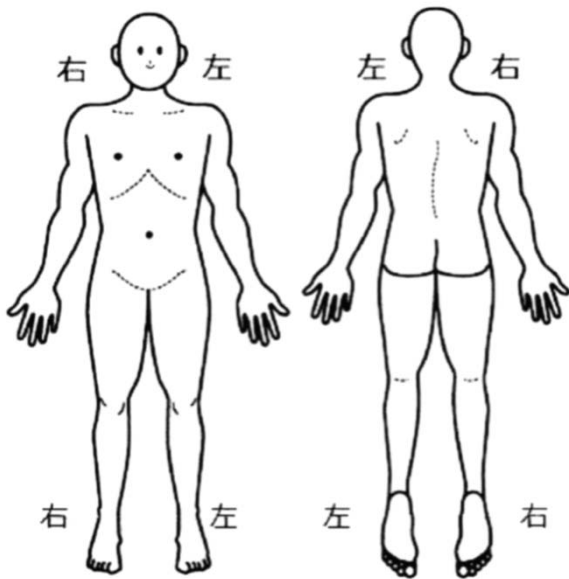
生年月日：明・大・昭・平 _____ 年 月 日（ ）歳（男・女）

住所 〒 _____

携帯電話： _____ 電話： _____

※皮膚科外来を受診されるにあたり、次のことをお尋ねします。

1) どこに、どのような症状がありますか？（症状のある場所を○で囲んでください）



• どのような症状ですか？

アトピー・花粉症・じんましん・湿疹・かゆみ
いたみ・水虫・虫さされ・手あれ・巻き爪・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・毛が抜けやすい
頭がかゆい・ふけが気になる・円形脱毛症
その他（ ）

• その症状はいつ頃からですか？

（ ）頃から

• その症状に対して他院で治療をしていましたか？

いいえ ・ はい
はいの方はどのような治療をされてきましたか？
（ ）

2) 薬や注射・食べ物などでアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ ・ はい → （ ）

3) 現在、治療中の病気はありますか？ある方は○で囲んでください。

いいえ ・ はい → 肝臓 腎臓 糖尿病 高血圧 心臓病
その他（ ）

4) いつも飲んでいる薬があれば、記入してください。（市販薬含む）

※お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提出下さい。

いいえ ・ はい → （ ）

★女性の方にお伺いいたします。

• 妊娠中ですか？ はい ・ いいえ • 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

自費診療を希望される方

カウンセリング希望

☆本日の受診目的に○をつけてください。

- レーザー脱毛（部位 _____）
- ピーリング（にきび・くすみ・しわ・小じわ）
- レーザー（しみ・そばかす・あざ） • ピアス
- 医療用美顔器（超音波クレンジング・イオン導入・エレクトロポレーション・リフティング）
- プラセンタ注射 • にんにく注射 • その他（ _____）