

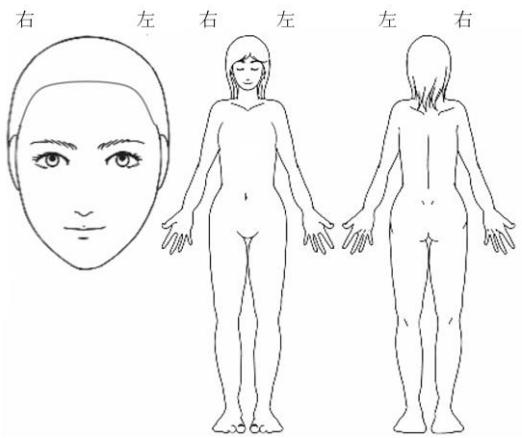
問診票

令和 年 月 日	
ふりがな お名前 (男性／女性)	生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日 (歳) (※15歳以下の場合は、年齢を記入) （※15歳以下の場合は、年齢を記入）
ご住所 〒	
電話番号	携帯番号
ご職業	
当院は何でお知りになりましたか？（複数回答可）	
① 当院のホームページ ② インターネット(Web検索) ③ ご紹介（ ） ④ 紹介状(病院名：) ⑤ その他（ ）	

1. 本日はどのようなお悩み(症状)・ご相談で来院されましたか？

発疹、かゆみ、痛み、腫れ、アトピー、じんましん、虫刺され、水虫
水イボ、イボ、たこ・魚の目、ヘルペス、帯状疱疹、水痘(みずぼうそう)
巻き爪、傷、傷跡、ケロイド、やけど(原因:)
ニキビ、ニキビ跡(赤み・茶色(色素沈着)・凹み・盛り上がり)、赤ら顔
毛穴(黒ずみ・開き)、できもの、ホクロ(診察・除去)、アザ(色:)
シミ、シワ、たるみ、プラセンタ、美肌点滴、にんにく注射(疲労回復)
円形脱毛症、薄毛、AGA、ED、多汗症、臭い、しもやけ、花粉症
医療脱毛(部位:)
ピアス(部位: / 当院ピアス・持込ピアス)、ピアスのトラブル
その他()

*その部位に○印をつけてください



2. そのお悩み(症状)が現れたのは、いつ頃からですか？

()

3. 今回のお悩み(症状)で治療を受けたことはありますか？

はい(当院・他院(※他院で治療されていた方: 治療期間(いつ頃からいつ頃まで治療)、薬の種類(名前)等)
(具体的に:)

いいえ

4. 今までに次のような病気にかかったことがありますか？または現在治療中の病気がありますか？

高血圧、心臓病、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、肝臓病、腎臓病・透析、脳梗塞、癌、リウマチ、骨粗鬆症
ぜんそく、アレルギー疾患(花粉症など)、扁桃腺炎、前立腺肥大、緑内障、白内障、婦人科の病気、歯の病気
その他()

はい(具体的に:)

いいえ

5. 現在飲んでいる内服薬、または塗っている外用薬はありますか？

(※お薬手帳(お薬の内容が分かるもの)をお持ちの方は、ご来院の際にご持参いただき、受付にご提出ください)
はい(具体的に:)

いいえ

6. 薬や食べ物によるアレルギーはありますか？

はい(具体的に:)

いいえ

7. 麻酔(全身麻酔・局所麻酔(歯科麻酔など))の経験はありますか？

はい(麻酔で異常はありましたか？) はい(具体的に:)
いいえ

8. 手術の経験はありますか？

はい(具体的に:)

いいえ

9. 現在妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？(はい・いいえ・近い将来予定している)

10. 現在授乳中ですか？(はい・いいえ)

お願い ※お顔の診察・カウンセリングをご希望される場合は、お化粧を落としてご来院ください。