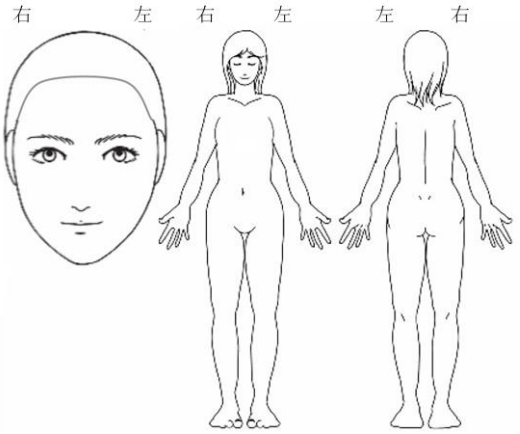
問診票

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） （生後　　ヶ月） （※15 歳以下のお子様の場合：体重　　kg）
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　（　　様） 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？**　　**※その部位に〇印をつけてください**



発疹、かゆみ、痛み、腫れ、アトピー、蕁麻疹（じんましん）、虫刺され
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）
水虫（皮膚・爪）、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（　　）
そのお悩み(症状)が現れたのは、いつ頃からですか？
（　　）

2. **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

3. **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

4. **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？**
（※<u>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</u>）
はい（具体的に：　　）
いいえ

5. **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

6. **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** ）
いいえ

7. **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（　ヶ月）・ 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　**※<u>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</u>。**