

# 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 ケ月) (※15歳以下の場合は、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？**

発疹、かゆみ、痛み、腫れ、アトピー、蕁麻疹(じんましん)、かぶれ、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(手・足・爪)、巻き爪(痛み)、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・しこり)、赤ら顔  
毛穴(黒ずみ・開き)、ホクロ(診察のみ希望・取りたい)、できもの、アザ(色:  
シミ、シワ、たるみ)、プラセンタ注射・美肌点滴・こんにく注射(疲労回復注射)  
円形脱毛症、薄毛、AGA、ED、多汗症( )、臭い、しもやけ、花粉症(鼻・目)  
医療脱毛(部位: )

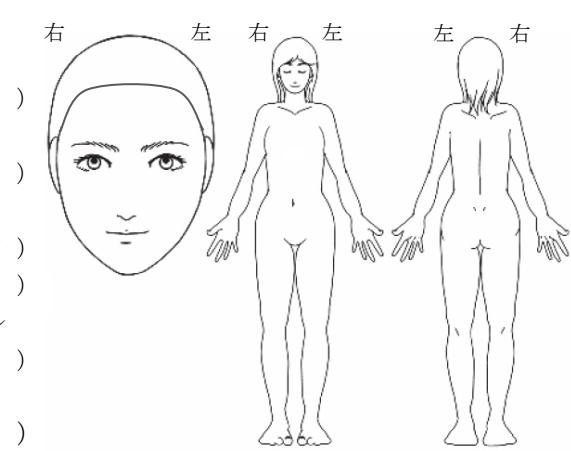
ピアス(部位: ) / 当院ピアス・持ち込みピアス)、ピアスのトラブル

その他( )

そのお悩み(症状)が現れたのは、いつ頃からですか？

( )

※その部位に○印をつけてください



**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？**

はい

高血圧、心臓病(不整脈・狭心症・心筋梗塞等)、糖尿病、肝臓病(B型・C型肝炎・肝硬変等)、高脂血症、感染症  
胃・十二指腸潰瘍、腎臓病・透析中、脳梗塞、癌( )、リウマチ、膠原病( )、甲状腺の病気、骨粗鬆症  
ぜんそく、花粉症(鼻・目)、緑内障、白内障、前立腺肥大、婦人科の病気( )・ピル内服、歯の病気  
(その他の病気: )

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？**

(※お薬手帳(お薬の内容がわかるもの)をお持ちの方は、ご来院の際に必ず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

**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(歯科麻酔等))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・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)**

**11. 当院では保険診療の他に自費診療(※保険対象外)を行っていますが、何かご興味ありますか？**

医療脱毛  シミ・そばかす  くすみ  シワ  たるみ  ニキビ・ニキビ跡  毛穴  イボ  ホクロ  
 赤ら顔  ピアス  多汗症  男性(AGA)・女性の薄毛  ED  入れ墨除去  ドクターズコスメ・サプリメント

※これらの自費診療について説明・費用等を聞いてみたい (はい・いいえ)

**お願い** ※お顔の診察・カウンセリングの際には、お化粧を落としてご来院ください。