

# 問診票

年 月 日	
ふりがな	生年月日(※西暦) 年 月 日( 歳)
お名前	(生後 ヶ月)
(男性/女性)	(※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？

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・にんにく注射(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: )

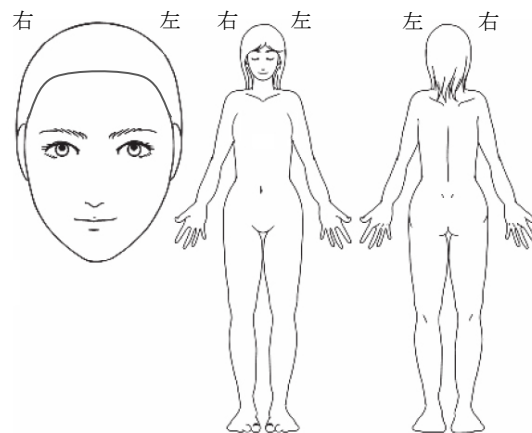
ピアス(部位: / 当院ピアス・持ち込みピアス)、ピアスのトラブル

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、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。