

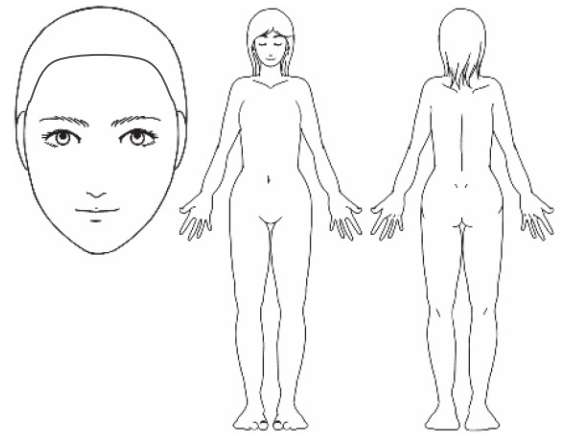
問診票

初診 令和 年 月 日	
ふりがな お名前	性別 男性 / 女性
生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日(歳) (15歳以下のお子様の場合:体重 kg)	
ご住所 〒	
電話番号	携帯
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 看板 ③ 知人 (様) ④ 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、アトピー、かゆみ、痛み、腫れ、やけど、水虫、巻き爪、できもの
イボ、ホクロ、ニキビ・ニキビ跡、シミ、シワ、たるみ、プチ整形、脱毛
ピアス、プラセンタ、多汗症、AGA、ED、その他()

※その部位に○印をつけてください ⇒



2. そのお悩みの症状が現れた、

もしくは気になりだし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(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、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. 現在飲んでいる薬、またはぬっている外用薬はありますか？

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・いいえ)

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)

ご記入いただきありがとうございます。