

～ 問 診 票 ～

受付日 年 月 日

(ふりがな)

お名前 性別 男 ・ 女
(〒 -)

ご住所

ご連絡先 ☎ (携帯番号をご記入ください)

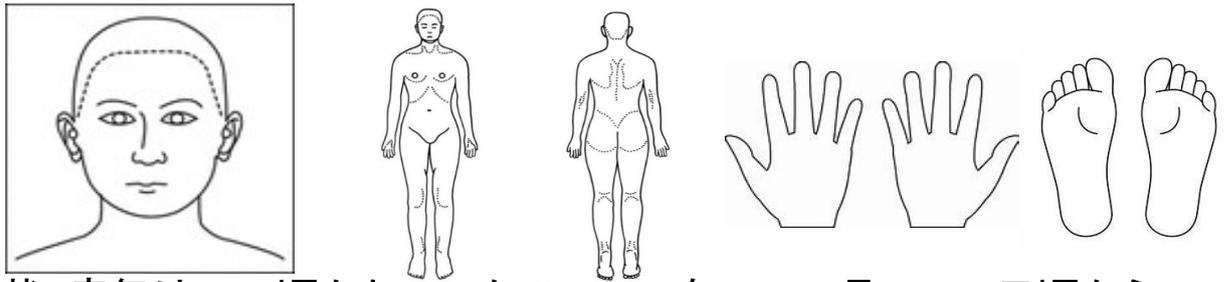
生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 年齢 歳

身長 cm / 体重 kg

●現在、どのような症状でお困りですか？

- かゆみ ・ しっしん ・ かぶれ ・ 痛み ・ 赤み ・ 乾燥
- 虫刺され ・ やけど(職場で・家で) ・ いぼ ・ 育毛 ・ しみ ・ ほくろ
- じんましん ・ アトピー ・ 水虫 ・ にきび ・ その他()
- ヘルペス ・ 帯状疱疹 ・ 円形脱毛症 ・ 白斑 ・ 多汗(手・わき)

【部位】 症状が出ている部位にチェックを付けてください



●その症状・病気はいつ頃からですか？ 年 月 日頃から

・この症状で他院にかかれた事がありますか？(はい ・ いいえ)(病院名)
・思い当たる原因はありますか？()

◎治療中の病気・既往歴があれば、病名をご記入ください

()

◎現在服用中のお薬がある方はご記入ください

()

◎お薬やその他アレルギーはありますか？ (ある ・ ない)

ある とお答えの方は具体的な内容をご記入ください

()

◎女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ (妊娠している カ月 ・ 可能性あり ・ 可能性なし)
現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

●当院をどのようにして知りましたか？

知人の紹介()・通りがかり・インターネット・その他()

●診療にあたり、何かご要望がありましたらご記入ください

()

★自費診療に関する無料カウンセリングをご希望の方は受付までお声がけください