

# 問診票

フリガナ				性別	男 ・ 女	
氏名						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年齢	才
住所	都 道 市 区					
	府 県 町 村					
	郵便番号	—		電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -	
他院からの紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

※以下の該当する項目にチェックをいれてください

1、診てほしい部位はどこですか  
右の図に○をつけてください

2、どのような症状ですか

- かゆみ     痛み     腫れ  
 やけど     発疹     何かできている  
 虫に刺された     熱がある( )℃  
 その他 ( )

3、その症状はいつからですか

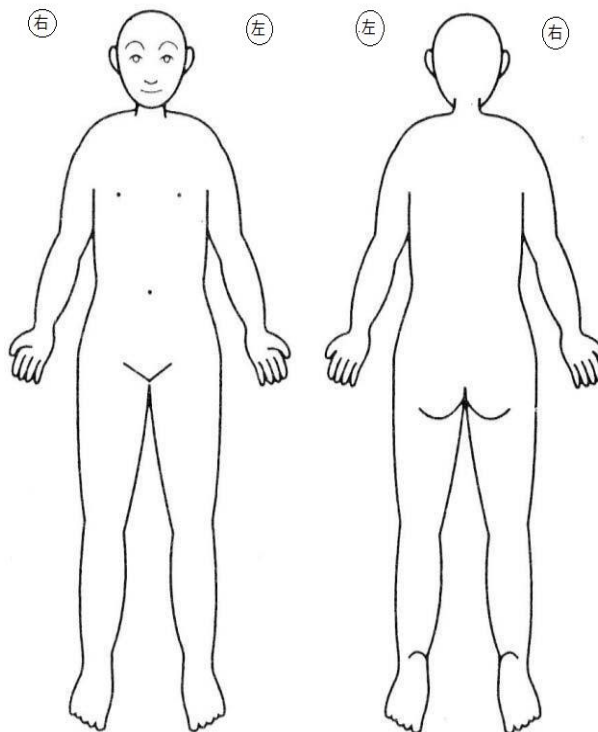
- 月 日 頃から  
 日 月 年 くらい前から

4、考えられる原因はありますか

- ない     ある( )

5、上記の症状で現在あるいは過去に治療をうけていますか

- いいえ     ある( )



6、今までにかかったことのある病気、治療中の病気はありますか

- ない     ある(病名)     高血圧     心臓     肝臓     腎臓  
 糖尿病     喘息     梅毒     HIV(エイズ)  
 B型肝炎     C型肝炎  
 その他( )

7、現在使用している薬はありますか

- ない     ある(薬の名前)

8、薬、注射、食べ物によるアレルギーはありますか

- ない     ある(薬、注射、食べ物の名前)

9、※女性の方のみお答えください

- ・現在妊娠中ですか     はい     いいえ     可能性あり  
 ・授乳中ですか     はい     いいえ     可能性あり

10、当院では自費診療を行っておりますが(保険対象外)ご興味はありますか

該当するものに○をつけてください 複数回答可

シミ、肝斑、そばかす、しわ、たるみ、ニキビ、ニキビ跡、赤ら顔、イボ、ホクロ、ワキ汗、脱毛  
ニンニク注射、プラセンタ注射、ビタミン点滴

※自費施術や手術の場合前日の予約確認のお電話は必要ですか     はい     いいえ

— 院内アンケート —

クリニックをどのようにお知りになりましたか

- 看板をみて     知人の紹介     ホームページ     通りがかり     バス広告     その他( )