

問診票

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名				年齢	才
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
住所	都 道 市 区 府 県 町 村				
	郵便番号	—	電話番号	自宅 ()	—
				携帯 ()	—
メールアドレス	@				
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 にきび
 やけど 発疹 何かできている
 虫に刺された ほくろ、いぼ
 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受けていますか

- 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

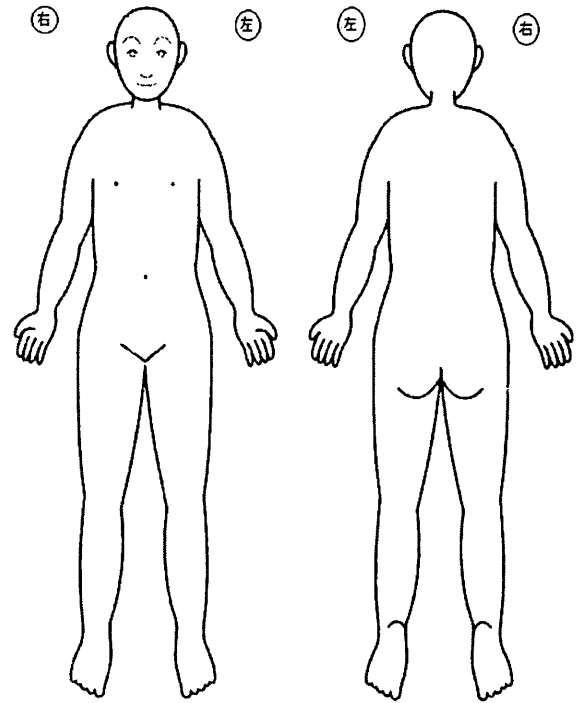
10、当院では自費診療を行っておりますが(保険対象外)ご興味はありますか

該当するものに○をつけてください 複数回答可

しみ、そばかす、肝斑、ニキビ、ニキビ跡、毛穴、しわ・たるみ、、赤ら顔、イボ、ホクロ、脱毛

※これらの自費診療について説明と費用を聞いてみたい はい いいえ

※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/通りがかり 知人の紹介 ホームページ(・Googleマップ ・Google検索 ・yahoo検索)
 バス広告 その他()