

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 ()	-	
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 汗の悩み
 その他 ()

3、その症状はいつからですか
 年 月 日 頃から

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

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(病名)	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 腎臓
		<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> HIV(エイズ)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 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

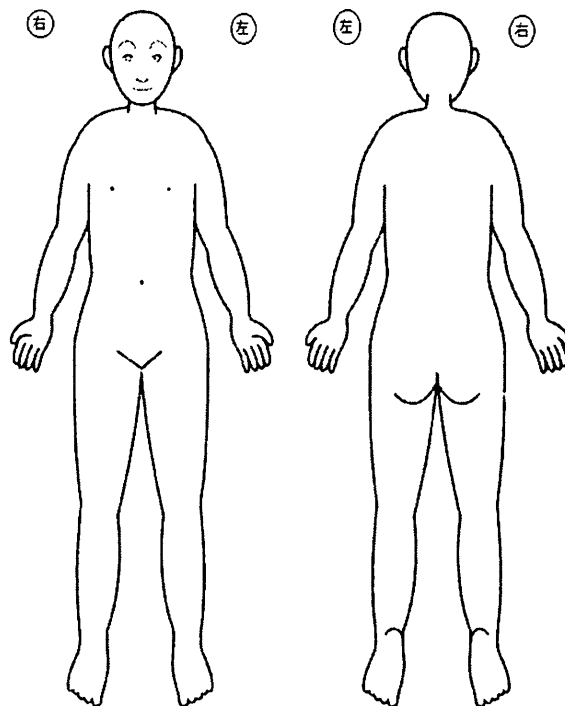
・授乳中ですか はい いいえ 可能性あり

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 Googleマップ 検索エンジン(yahoo・Google)
 ホームページ(クリニック・ブログ) バス広告 その他 ()