

問診票【裏面も必ずお読みください】

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
	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？ ☐ はい ☐ 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？

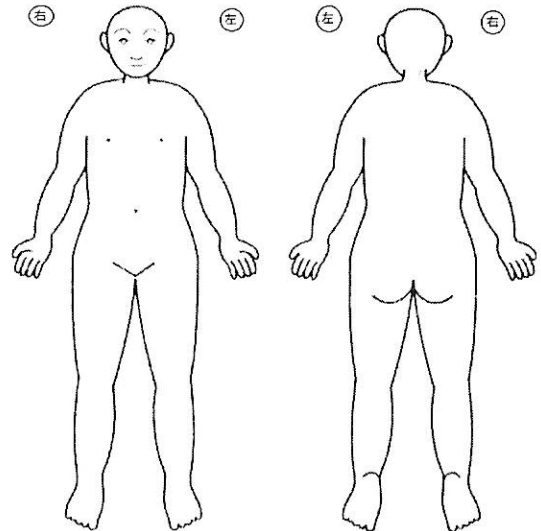
該当する□ないしは◇にチェックをいれてください

- ☐ 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
☐ 円形脱毛 ☐ 赤ら顔(しゅさ)
☐ 小さい頃からのあざ ☐ ピアス
☐ その他 (

◇しみ・そばかす・肝斑 ◇毛穴 ◇ニキビ痕(赤み・クレーター)

◇しわ・たるみ ◇抜け毛・薄毛・発毛 ◇ムダ毛・医療脱毛

◇にチェックのあるご相談は原則自由診療のご相談となり、別途カウンセリング料がかかる場合がございます。詳細を伺うため、6から10をご記入後、裏面へお進みください。



以下、□にチェックを入れた方へ、それぞれ11までご記入をお願いします。

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、上記の症状で現在他の医療機関に通院していますか また過去に治療を受けていますか

☐ いいえ ☐ ある()

6、現在治療中、もしくは過去に大きな病気をされたことはございますか？

☐ ない ☐ ある→[疾患名:]

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、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/電車から見た ☐ 家族/知人の紹介
☐ インターネット(Google検索・Googleマップ・yahoo検索) ☐ バス広告 ☐ ドクターズファイル
☐ ホームページ(クリニック・ブログ) ☐ SNS(Instagram) ☐ その他()

11、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

いぼ・ホクロ、しみ、そばかす、肝斑、ニキビ、ニキビ痕、毛穴、しわ・たるみ、赤ら顔、

ムダ毛・医療脱毛、抜け毛・薄毛・発毛治療

※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

裏面下部の【マイナ保険証による診療情報取得加算について】をご確認ください。

自由診療のご相談(◇の項目)にチェックを入れられた方へ。ご記入をお願いします。

1.現在のお顔で気になっているところ/最も治療したい部分を教えてください(複数回答可)

[

]

2.気になりだしたのはいつ頃からですか？

☐1ヶ月以内 ☐2-3ヶ月以内 ☐半年以内 ☐ () 年ほど前

3.本日受診された「きっかけ」があれば教えてください

ex 結婚式を控えて、友人・家族から指摘されて

[

]

4.その症状(状態)への治療経験を教えてください

☐特に何もしていない ☐ケア用品 ☐エステ ☐美容クリニック ☐その他(

)

5.ご自身のお顔について、エイジングの自己評価を教えてください

☐年齢相応 ☐実年齢より()歳若く見える ☐実年齢より()歳老けて見える

6.治療を終えたらどのようなことをしたいですか？(具体的なものがあればそちらも)

ex 子どもの卒業式に出たい、自信をもって同窓会に出たい、足の毛を完全になくして海に行きたい

[

]

【マイナ保険証による診療情報取得加算について】

○当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること。

○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

ご記入ありがとうございました。ご記入後、スタッフにお渡し下さい。