

再診患者様 事前問診票

・お名前(フリガナ)

・ご住所(変更の場合のみご記入ください)

・お電話番号(変更の場合のみご記入ください)

●※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

●前回受診時と比べて症状はいかがですか？

具体的な内容をお書きください

●今日は別の皮膚症状で受診したい。

具体的な内容をお書きください

●今日はお薬は必要ですか？

1, 前回と同じ(塗り薬・飲み薬)希望

2, お薬について医師と相談したい

●当院では保険診療の他に自費診療も行なっておりますが、ご興味はございますか？

1, 美容皮膚科に興味がある(ある・なし)

(気になるメニューがあれば該当するものに○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・ほくろ・脱毛