

問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

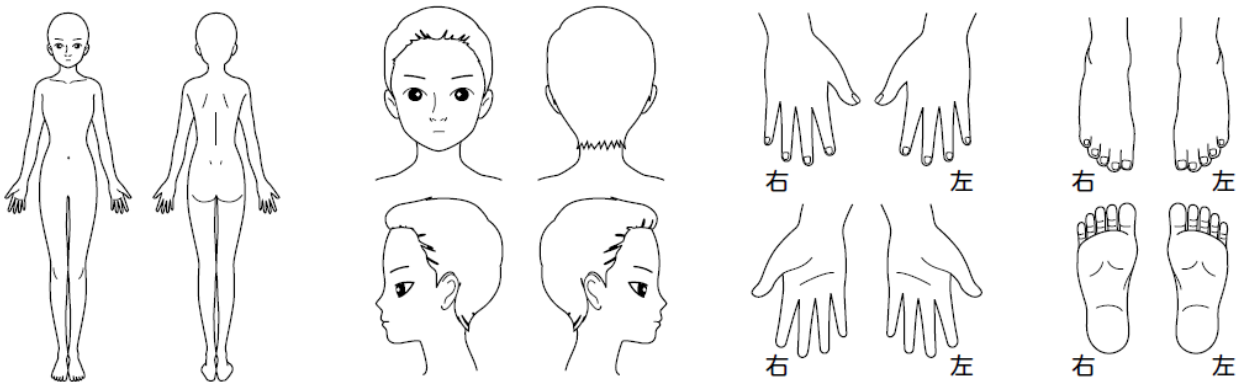
ふりがな		性別	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (才)
ご住所	〒				
連絡先	電話番号 (- -)		携帯電話 (- -)		

*** 当院をお選びいただいた理由についてお聞かせください。**

- 知人、家族の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) 家の近くだから
 職場の近くだから ホームページをみて 雰囲気よさそうだから
 他医療機関の紹介(医院名: _____) その他(_____)

*** いつからどんな症状がありますか？希望される治療や相談はありますか？**

- 1) いつから : (_____ 年、 _____ カ月、 _____ 週、 _____ 日)前から
- 2) 症 状: かゆい・カサカサする・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・脱毛・白斑・水痘(みずぼうそう)・ヘルペス・しらみ・巻き爪・その他(_____)熱がある(_____ °C)
- 美容関連(シミ・クスマ・しわ・タルミ・毛穴の開き)・ピアス(両耳・片耳) ・多汗症の相談
 ・美容の注射や点滴希望(プラセンタ・美白・美肌・ダイエット・白玉注射&点滴・高濃度VC点滴)
 ・疲労回復の注射や点滴希望(ニンニク注射・二日酔い改善・肝機能強化・二日酔い予防)
 ・医療レーザー脱毛希望 ・男性型脱毛(AGA)の相談・男性のED相談 ・女性の薄毛相談
- 3) 部 位: (下の図に○印を付けて下さい)



*** 本日の病状に関して心配な事、聞いておきたいことがありますか？**

(_____)

*** 本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか(はい・いいえ)**

これまでの薬・治療内容
 (_____)

*** 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか**

(ある ・ ない) 薬、食べ物の名前(_____)

*** 〈女性の方に〉現在、妊娠中またその可能性はありますか、授乳中や妊活中ですか**

1. 現在妊娠している(_____ カ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし 4. 授乳中 5. 妊活中
- 裏面にも続きがございますので、ご記入お願い致します。

*** ご希望の治療をお選び下さい。**

- 健康保険の範囲内での治療を希望します。
- 健康保険外の治療のお話しも聞いてみたい。
- 自費治療・美容治療に関してお話しを聞いてみたい。

*** 現在、他に治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)**

病名() 病院名()

*** 現在、内服・外用などしている薬があれば教えて下さい。**

お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。

本日お持ちでない場合、次回ご提示をお願いいたします。

*** 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか**

- 1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病
- 6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大
- 12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術() 15. 透析中
- 16. その他()

*** 家族の方にアレルギー疾患はありますか**

- 1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. その他()

*** その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい**

()