

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。

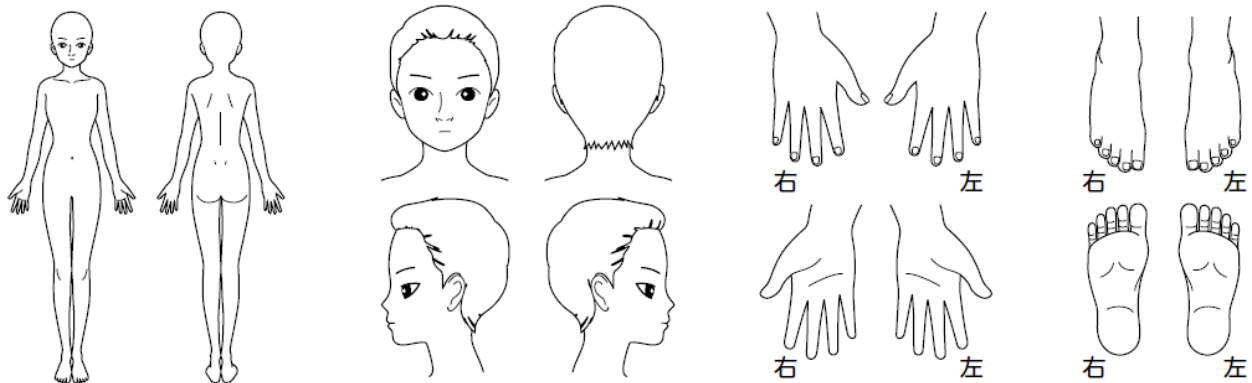
ふりがな		性別	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒			電話番号 (— —)
eメール				携帯電話 (— —)

*** 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？**

- 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)
 ニンニク注射希望・プラセンタ注射希望・医療レーザー脱毛希望
 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

(_____)

*** 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。
 裏面にも続きがございますので、ご記入お願い致します。

* 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ください。

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、治療を受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. 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()

* 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、授乳中ですか、またその可能性はありますか

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

* その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい

()