

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		生年	大・昭・平・令	年	月	日
ご氏名	(男・女)	年月日				(満 歳)
ご住所	〒					
電話番号		体重		体温 <small>(熱がありそうな場合)</small>		
携帯電話			kg	℃		
		本人・母・父 その他()		ご職業		

●お仕事中に起こった事故、ケガですか (はい ・ いいえ)

■本日は保険、美容の診療どちらをご希望でしょうか。 (保険 ・ 美容)

●美容の相談の方はこちら

(希望される治療内容を○で囲んでください。)

シミ シワ 脱毛 毛穴 ほくろ取り その他 ()

■どのようなことで来院されましたか (当てはまるものに○をつけてください。)

●いつ頃から

さっき 今朝 昨晚 昨日 () 日前

() 週間前 () ヶ月前 () 年前

●どの部位に

(診察を希望される場所を○で囲んでください) →

●どんな症状ですか

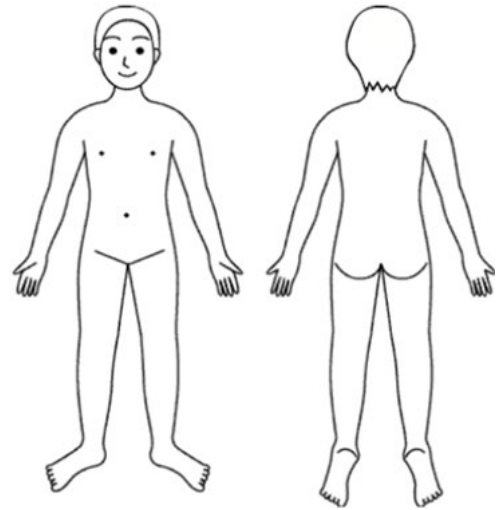
かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん いたい

みずむし たこ・うおのめ きず けが やけど

とこずれ できもの しこり ほくろ

虫に刺された・動物に咬まれた ()

その他 ()



●このことで何か治療していましたか。(はい ・ いいえ)

その内容 ()

■健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか。 (ある ・ ない)

ある方 名前 ()

■今までに薬や食べ物で副作用 (ショック ・ 発疹 ・ 気分不快) がありましたか (ある ・ ない)

ある方 症状 ()

■女性の方へ

妊娠中ですか (はい [第 週] ・ いいえ) 挙児希望 (あり ・ なし)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

◆アンケートにご協力ください

●当院を何でしりましたか?

紹介 (医療機関、知人、家族) インターネット 看板 口コミ チラシ その他 ()