

問診票

※労災になる可能性のある方は必ず受付時にお申し出ください。

保険証をご使用の場合、後から変更は承れません

御来院日 令和 年 月 日

ふりがな		男 女	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前			年 月 日生まれ (歳)
ご住所	〒 _____		職業
携帯番号	15歳未満の方は体重をご記載ください		
電話番号	kg		

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。尚、ご記入いただきました情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします

1.本日の受診目的 (保険診療と自費診療の同日の診療・相談はできません)

①保険診療をご希望の方

かゆい・痛い・赤い・腫れ・水虫・ニキビ・脱毛症・多汗症・白斑・ヘルペス・じんましん
皮膚のできもの・粉瘤・いぼ・ほくろ・陥入爪

あざ・血管腫・毛細血管拡張症

けが・やけど (勤務中・それ以外)・アレルギー採血・その他 ()

・その症状はいつ頃からですか

()

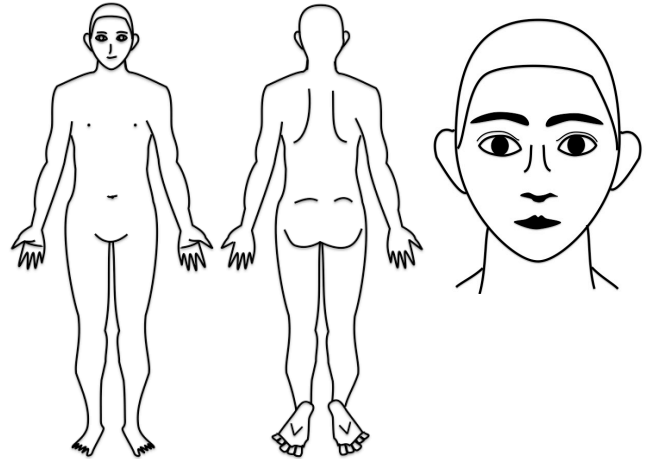
②自費診療 (美容) をご希望の方

しみ・肝斑・ニキビ跡・毛穴・酒さ・AGA 内服

イソトレチノイン内服 その他 ()

・今までに美容施術を受けたことはありますか?

はい (施術名:)・いいえ



2.診察希望部位に右図で○をつけてください

3.今までかかった病気・治療歴を教えてください

無 ・ 有 【アトピー性皮膚炎・喘息・花粉症・緑内障・ペースメーカー・糖尿病

高血圧・心臓病・脳梗塞・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・肝炎

美容外科施術 (プロテーゼ、金の糸など) その他()】

4.常用している薬はありますか?(市販薬サプリメントを含む) (お薬手帳をお持ちでしたらお出しください)

無 ・ 有 → 【薬剤名: 】

5.血液の流れをサラサラにするお薬を飲まれていますか: はい ・ いいえ

6.薬や食物でアレルギーをおこしたことはありますか?

無 ・ 有 【具体的に: 】

7.現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか?

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 授乳中

8.当院は何でお知りになりましたか?

Google 検索・Google map・予約サイト (EPARK)・病院なび・家が近い

職場・学校が近い・知人家族の紹介・医療機関(病院名:)