

【問診票】

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)
	〒	電話番号	()
住所		緊急連絡先	関係 ()
体温 : 昨日 = °C 本日 = °C		体重 : kg(18歳未満の方)	

(1)いつからどんな症状がありますか？

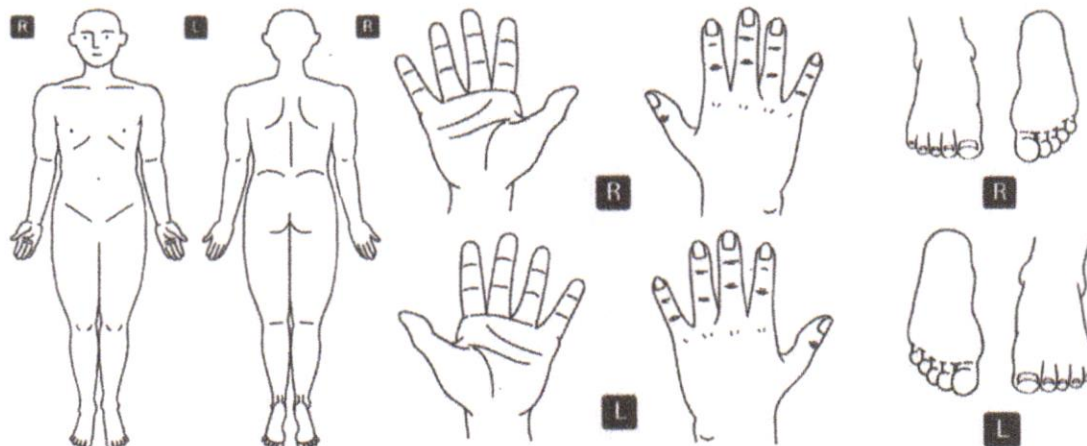
日前 週間前 か月前 年前

症状: かゆい 痛い 赤くなった 腫れた ぼつぼつがある 皮がむける じゅくじゅくする

できものがある 虫刺され ほくろ ニキビ 巻き爪 シミ 脱毛 AGA

その他()

(2)部位:下の図に○を付けてください



(3)今治療中の病気はありますか？

()

(4)今までに手術を受けられた事がありますか？(はい・いいえ)

()

(5)現在服用中のお薬はありますか？(はい・いいえ) ※記載又はお薬手帳を受付にお渡しください

()

(6)アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

薬() 食べ物() 花粉()

(8)タバコは吸われますか？(吸う 1日 本 喫煙 年間・吸わない)

(9)女性の方へ:妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性(ある・ない) 授乳中

(10)当院を知られたきっかけをお聞かせください。(複数回答可)

- 1. 五反野駅の看板を見た
- 2. ホームページを見た
- 3. 電柱看板を見た
- 4. 紹介された (紹介者:)
- 5. 回覧板を見た
- 6. チラシを見た
- 7. ネット上のポップアップ・バナーを見た
- 8. その他