



受付番号

# 問診票

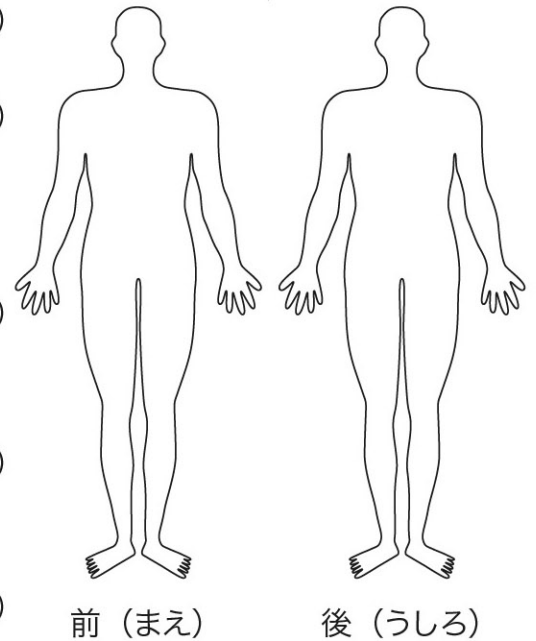
受診日

平成 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	年齢	才		
住所 〒	※お子様のみご記入下さい。			
	身長	cm		
	体重	kg		
ご連絡先電話番号 ① ( )	性別	男	・	女
② ( )	e-mail (任意)			

## ◆ 今、どのような症状ですか？

- ①症状が出ているところを、右の図で示してください。
- ②どのような症状ですか？ 該当する項目に、印を付けてください。  
かゆい   痛い   ニキビ   はれている   しこりがある  
その他の症状( )
- ③症状は、いつごろから出ていますか？  
 ( )



## ◆ 保険外診療(自費診療)のご相談/ご希望の方

- ①美容相談   しみ   しわ   脱毛   化粧品  
 ②注射        プラセンタ   にんにく   にきび  
 ③ピアス   ④その他( )

## ◆ 現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

- 治療は受けていない  
治療を受けている 病名( )  
薬は何も飲んでいない  
現在、病院で処方された薬を飲んでいる  
 薬の名前( )  
 ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

## ◆ これまでに大きな病気はありますか？

- ない   ある 病名( )

## ◆ これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

- ない   ある (食べ物の名前( ))  
 (どんな薬で? 貼り薬   飲み薬   薬の名前( ))

## ◆ 現在妊娠中(妊娠の可能性を含む)ですか？   はい( 週)   いいえ

## ◆ 現在授乳中ですか？   はい   いいえ

## ◆ 当院をどちらで知りましたか？   通りがかり   ホームページを見て   検索ワード( )

- 知人・ご家族の紹介   紹介者お名前( )   その他( )

- 他の医療機関からの紹介   病院名( )