

問診票

ふりがな		性別	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
氏名		男・女		
住所	(〒 -)			ご職業
				血液型
電話・携帯	() - ()	e-mail		型

※当院からお知らせやメール相談をご希望の方はご記入下さい

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

● いつ頃から・・・さつき・今朝・昨晚・昨日・() 日前・() 週間前・() か月前・() 年前

● どの部位ですか？ (診察を希望される場所を○で囲って下さい) →

● どんな症状ですか？

痛い かゆい あかい ぶつぶつ やけど キズ ケガ
ほくろ いぼ しこり 虫刺され その他 ()

● 他院への受診、薬局などの市販薬を使用しましたか？ (はい・いいえ)

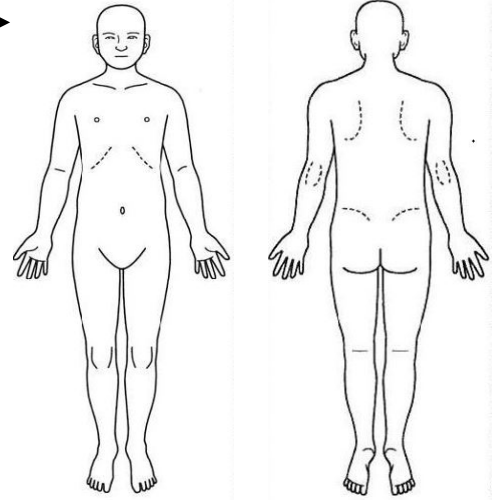
■ 現在、他に治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

→ 「はい」の方は病名とお薬をお書き下さい

病名 ()

お薬 ()

※お薬手帳を持参した方 (はい・いいえ)



■ これまでにかかったことのある病気を教えてください。

● ()

■ 食べ物・お薬でのアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

→ 「はい」の方は具体的に教えてください ● ()

■ けが・手術などで血が止まりにくかったことはありますか？ (はい・いいえ)

■ 麻酔の経験はありますか？ ※歯医者での麻酔も含みます (はい・いいえ)

■ ケロイド体質はありますか？ (はい・いいえ)

■ 【女性の方へ】 現在、妊娠中ですか？ またその可能性はありますか？

● 妊娠中 (月) ● 可能性あり ● 可能性なし

■ 当院をどのようにして知りましたか？

・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ 雑誌 ・ 折り込みチラシ
・ その他 ()

■ その他、ご希望などございましたら御遠慮なくお書き下さい。
