

## 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
				型
電話・携帯	( ) - ( )	e-mail		

※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・昨夜・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 )

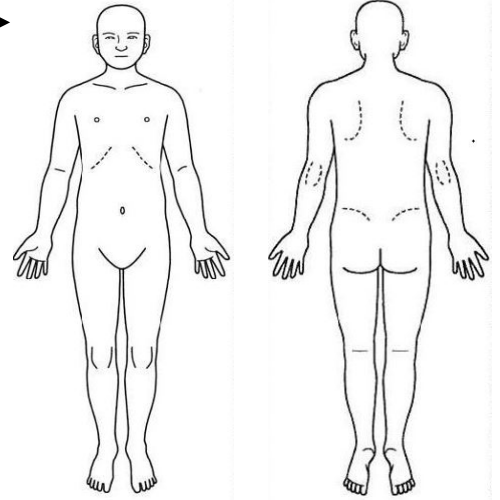
■ 現在、他に治療中の病気はありますか？ ( はい・いいえ )

→ 「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？ ※歯医者さんの麻酔も含みます ( 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      ・ 駅看板  
・ 電車内広告      ・ その他( )

■ その他の治療科目で気になる事はありますか？ お気軽にご相談下さい

- ・ 皮膚に関すること
- ・ まき爪
- ・ 水虫
- ・ わき汗
- ・ 多汗症
- ・ まぶたのたるみ
- ・ 傷跡修正
- ・ いぼ&ほくろ除去
- ・ わきのにおい
- ・ イレズミ除去
- ・ 豊胸【バストアップ】
- ・ 痩身【ダイエット】
- ・ 二重まぶた
- ・ 鼻を高くする
- ・ しわ&たるみ
- ・ 医療レーザー脱毛
- ・ 女性の薄毛治療
- ・ 美肌治療
- ・ 漢方・化粧品・サプリ
- ・ 若返り治療
- ・ アンチエイジング
- ・ にんにく注射
- ・ その他( )