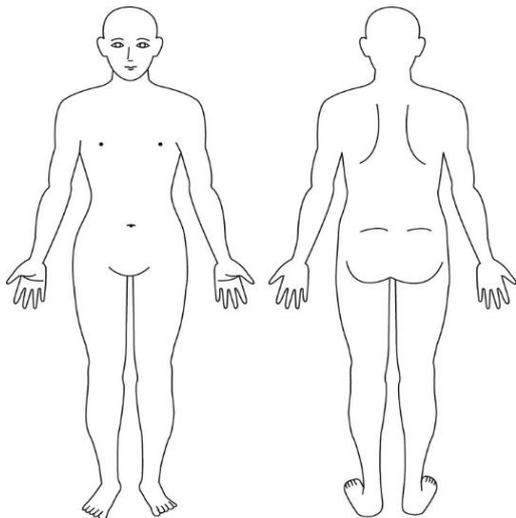


問診票

受付No.

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
氏名		性別/年齢	男・女			歳
住所	〒 -					
お電話番号	自宅 : () -	携帯電話 : () -				

1. 症状のある部位に○をつけてください



a. いつ頃から症状がありますか？

b. 考えられる原因

c. あてはまる症状をお選び下さい。

- かゆみ 湿疹 乾燥
- 痛み 腫れ イボ
- 魚の目 火傷 巻き爪
- 水虫 赤い
- その他 (_____)

2. 薬を服用すると胃が荒れやすいですか？

- いいえ はい

3. 現在までに大きな病気にかかったことがありますか？

- ない ある 病名 (_____)

4. 現在内服中のお薬はありますか？

- ない ある お薬名 (_____)

5. アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか？

- いいえ はい

6. 食物やお薬にアレルギー・副作用がありますか？

- ない ある (_____)

7. お子様は体重をお願いします 体重 _____ kg

8. 女性の方にお伺い致します。

a. 現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか？

- いいえ はい (_____ ヶ月) / (出産予定日: _____)

b. 授乳中ですか？

- いいえ はい

9. その他、保険診療以外に相談したい項目はありますか？ (任意)

- シミ そばかす しわ 肝斑 たるみ くすみ 美白
 ニキビ・ニキビ跡 毛穴 その他 (_____)