

問 診 票

受診日：
I D:

フリガナ				男・女
名前				
生年月日	M T S H R	年	月	日 (歳)
住所	(〒 -)			
電話番号	自宅 ()	携帯	()	
体重	Kg		職業	

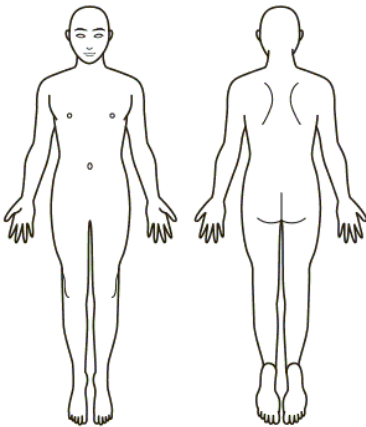
①診察する症状につき教えてください

※お顔に症状がある方は、毎回患部全てを広めにメイクオフしてからの診察になります。
受付にてメイク落としをお渡ししますのでお声掛け下さい。

●いつ頃から

年 月 日
頃から

●部位 (↓○で囲んで下さい。)



●具体的な症状など ↓ (○で囲んで下さい。)

赤い・痛い・痒い・腫れ・カサカサ・ブツブツ・できもの・にきび

じんま疹・医療脱毛相談・美容相談・ピアス・アレルギー検査希望

やけど・ケガ → 工作中・工作中以外

* 工作中・通勤中の場合、健康保険は使えません。受付で先にご相談下さい。

その他 ()

●何か治療をされましたか？

②現在おかけの病気はありますか

なし ・ ある → 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大症 肝臓病
(○をつけてください) 腎臓病 アトピー性皮膚炎 喘息 その他()

③内服中の薬はありますか (お薬手帳を受付にお出しいただいても結構です)

なし ・ ある → 薬品名:

④お薬のアレルギーはありますか

なし ・ ある → 薬品名:

⑤(女性の方へ)現在妊娠・授乳していますか いいえ ・ はい → 妊娠中 ・ 授乳中

⑥来院されたきっかけを教えてください

通りがかり 看板 ホームページ その他()

ご紹介(ご家族・知人: 病院:)

ご記入いただきありがとうございました。

スタッフ記入欄 (ノーメイク・メイクオフ済)