

問 診 票

初診日()

フリガナ	男・女	歳
お名前	生年月日 (M. T. S. H)	年 月 日
〒 - ご住所		
↓緊急時の為に、できればご連絡先は複数ご記入下さい。↓ 自宅もしくは、携帯電話をお持ちでない方は「×」印をお願いします。		
自宅TEL番号	携帯TEL番号	
緊急時のご連絡先は？(自宅のみ可・携帯のみ可・どちらも可) LINE登録(未・済)		
<small>(メールアドレス もしくは FAX)</small>		

①本日はどのような症状で来院されましたか？ **必ずご記入下さい！！**

部位(場所)→ 症状→

②当院を何でお知りになりましたか？

a. 公式ホームページ b. 検索サイト() c. その他()

C. 知人の紹介 様 g. 医師の紹介 病院

科 先生

③下記の該当する項目(はい・いいえ)に **✓** をしてください。

	はい	いいえ
1. 食べ物や飲み物でじんましんやしっしんができたことがありますか？		
2. 薬や食べ物など、アレルギーはありますか？		
3. 注射や薬で、じんましんが出たり、気分が悪くなったことはありますか？		
4. 麻酔(歯科なども含む)を受けて気分が悪くなったことがありますか？		
5. 麻酔が効かない、効きにくいと言われたことがありますか？		
6. 今までに下記の病気にかかったり、手術をしたことがありますか？		
アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他()		
高血圧・糖尿病・肝臓病・手術(年 月 病名)		
7. 親族の中に、6. でたずねた病気にかかった方がいますか？		
8. あなたはアルコールを飲みますか？		
9. あなたはタバコを吸いますか？		
10. あなたは現在妊娠中ですか？又は可能性がありますか？(女性のみ)		
11. 現在何か他の病気にかかっていますか？又は薬を服用していますか？(↓下へ記入)		
病名、又は薬名を記入下さい()		
12. かかりつけ薬局がありますか？ 1. ある 2. ない(1の方は薬局名をご記入ください)		
薬局名(薬局 店) TEL() -		

④ 興味のある治療があれば、○で囲んでください。 医師に直接ご相談ください。

●ほくろを取りたい ●傷 跡 ●あ ざ ●赤ら顔 ●いぼ

●静脈瘤について ●多汗症 ●わきが ●おでき ●頭皮について ●AGAについて

●しみ・そばかす ●にきび治療 ●レーザー脱毛 ●美肌化粧品 ●タトゥーを消したい

●手 術(二重まぶた・しわとり) ●ピアス ●敏感肌化粧品

●美肌治療 (ケミカルピーリング・イオン導入・美白クリーム・BOTOX注射・化粧品など)