# 問診票

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 大･昭･平･令　　年　　月　　日<br>(　　)歳 |
| 名前 | | | 職業 | |
| 住所 | 〒　　- | | 電話番号 | (　　)-(　　)-(　　)<br>日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。 |

＊いつからどんな症状がありますか？希望される治療や相談をご記入ください。

**1 いつ頃から**（　　年、　　か月、　　週間、　　日）前から

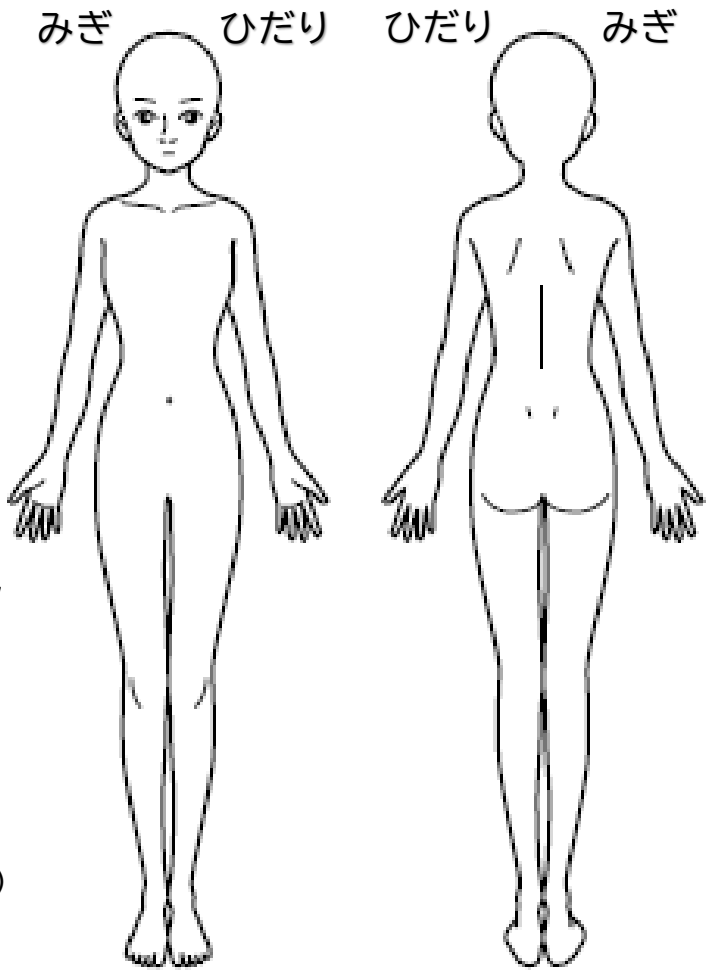
**2 症 状**

かゆい ・ カサカサ ・ プツプツ ・ 赤み
痛い ・ できもの ・ いぼ ・ ほくろ ・ にきび
虫さされ ・ ヘルペス ・ 水虫 ・ しらみ
爪を切ってほしい ・ 爪の相談 ・ 脱毛
多汗症 ・ やけど ・ キズアト ・ あざ ・ ケガ
その他(　　)

**ケガ、やけど、キズアト、あざの症状の方は**
**その他に詳しく状況等をご記入ください。**

ピアス(両耳･片耳) ・ 薄毛のお悩み
帯状疱疹予防ワクチン ・ インフルエンザワクチン

**3 部　位 ： 下の図に ○印 を付けて下さい。**




**4 本日の症状に関して、**
**今まで他院で治療を受けたことはありますか。**
これまでの治療内容
(　　)

**5 本日の病状に関して伝えたいことや、**
**聞いておきたいことがあればご記入ください。**
(　　)

**6 以下の事項に該当するものがあれば教えて下さい。**

薬、食べ物、アルコール等でアレルギーなど、異常があったことはありますか
薬、食べ物等の名前(　　)　　症状(　　)

裏面もご記入ください。

**7 女性の方にお伺いします。**

□妊娠の可能性はない　□妊娠の可能性あり　□妊活中
□現在妊娠している（妊娠：　　か月）　□授乳中

**8 現在治療中、または以前かかっていた病気はありますか。**

□なし　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎（花粉症等）　□喘息
□糖尿病　□心筋梗塞・狭心症　□不整脈　□脳出血・脳梗塞　□高血圧症
□肝疾患　□腎疾患　□膠原病　□前立腺肥大症　□緑内障
□透析中（透析曜日：　　）　□その他（　　）
□がん（部位：　　）　□手術（　　）

**9 現在飲んでいる薬や塗り薬について教えてください。**

［　　］

お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください。

**10 通院中の病院やクリニックがあれば教えてください。**

［　　］

**11 ご希望の治療をお選び下さい。**

□健康保険の範囲内での治療を希望します。
□自費治療・美容治療に関してお話しを聞いてみたい。

**美容関連** ： シミ ・ クスミ ・ ホクロ ・ いぼ ・ できもの ・ しわ ・ 毛穴
プラセンタ ・ 美白 ・ 美肌 ・ ダイエット ・ 白玉注射＆点滴
ニンニク注射 ・ 二日酔い予防/改善 ・ 肝機能強化

**12 当院をお選びいただいた理由についてお聞かせください。**

□知人、家族の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿様）　□家の近くだから
□職場の近くだから　□雰囲気がよさそうだから　□ホームページをみて
□方南町皮ふ科クリニックの紹介　□他医療機関の紹介（医院名：　　）
□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。すべて記入できましたら、受付へご提出をお願いいたします。