



SUZURAN Skin Clinic

奏の杜すずらん皮膚科

# 問診票

平成 年 月 日

|  |   |                 |    |   |     |
|--|---|-----------------|----|---|-----|
| フリガナ   |   | 生年月日 (大正・昭和・平成) |    | 歳 | 男・女 |
| お名前  |   | 年 月 日           |    |   |     |
| ご住所  | 〒 |                 | 電話 |   |     |
| 来院までの交通手段は何をご利用ですか。 徒歩 自転車 バス 車 電車                           |   |                 |    |   |     |
| 来院を何でお知りになりましたか。 通りがかり 家族・知人の紹介 ホームページ<br>折込チラシ 電柱広告 その他 ( ) |   |                 |    |   |     |

1. 本日の症状についてお聞きします。

(1) どのような症状ですか。

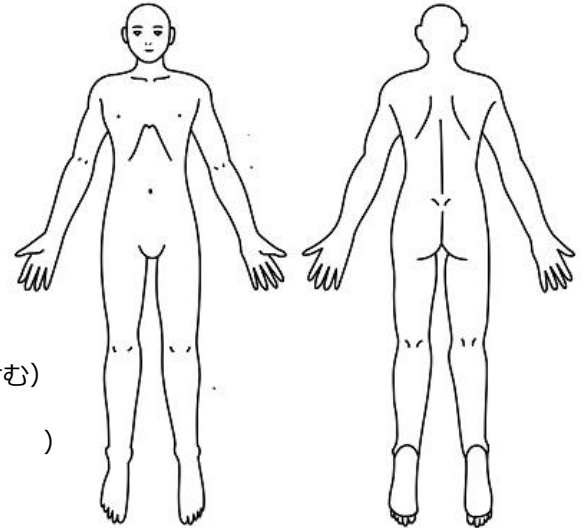
( )

※ 右図の症状のある部位に○をつけてください。

(2) その症状はいつからですか。 ( )

(3) その症状について治療を受けたことがありますか。(市販薬を含む)

いいえ・はい (治療内容 )



2. 現在他に治療中の病気はありますか。 いいえ ・ はい

(1) 「はい」の方は病名と薬の名前を書いてください。

(病名: )

(薬: )

※ 診察時にお薬手帳を見せていただくのもかまいません。

3. 薬のアレルギーはありますか。 いいえ ・ はい (薬: )

4. 女性の方にお伺いします。

(1) 現在妊娠していますか。 いいえ ・ はい ( 週) 可能性あり

(2) 現在授乳していますか。 いいえ ・ はい

※美容(自費)治療をご希望の方は、追加の問診票がございますので、受付に声をお掛けください。