



# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	歳	体重 ※小児の場合のみ								
お名前		年 月 日	男 ・ 女	kg								
ご住所	〒		電話									
当院を何でお知りになりましたか。 (初めてご来院の方のみ) <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%;">通りがかり</td> <td style="width:25%;">家族・知人の紹介</td> <td style="width:25%;">インターネット検索</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>電柱広告</td> <td>その他 ( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					通りがかり	家族・知人の紹介	インターネット検索		電柱広告	その他 ( )		
通りがかり	家族・知人の紹介	インターネット検索										
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。

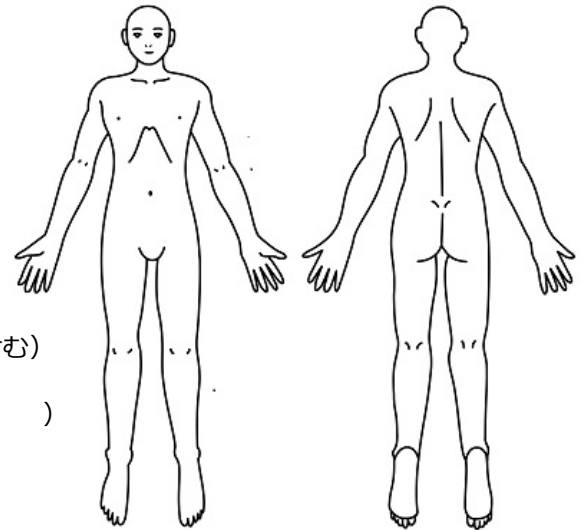
( )

※ 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。

ありがとうございました