

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 T・S・H・R 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 才

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( ) - \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( ) - \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ k g (子供のみ)

症状についてお伺いいたします。

① いつ頃から、どこに、どのような症状がありますか？ ( 下の図に、印をつけてください )

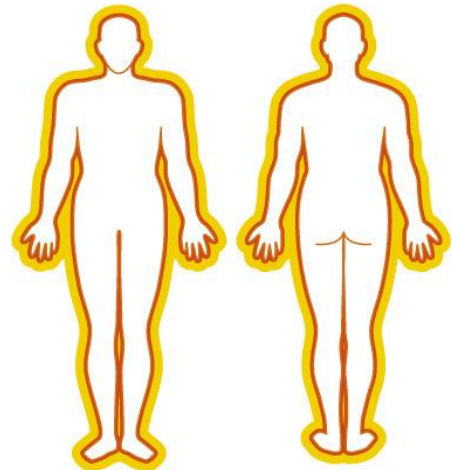
いつから

どこに

どのように

かゆい ・ 痛い ・ できものがある

いぼがある ・ その他 ( )



② 他にご病気をお持ちですか？ いいえ・はい

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大  
てんかん ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ( 透析している ・ 透析していない ) ・ こうげん病  
がん ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他 ( )

③ ご家族 (血縁関係のある方) にご病気の方がいらっしゃいますか？ いいえ・はい

どなたが 何を

《 裏面にも ご記入ください。 》

④ 現在使用しているお薬の名前をすべて教えてください。(飲み薬・ぬり薬・点眼薬・健康食品など)

なし ・ あり (お薬手帳お持ちの方は、受付にお出してください)

⑤ お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい (何に )

⑥ たばこを吸いますか？

いいえ ・ はい ( 本/日)

⑦ ペットは飼っていますか？

飼っていない ・ 犬 ・ 猫 ・ その他 ( )

⑧ 何かスポーツをされていますか？

いいえ ・ はい (何を )

⑨ 当院では、保険外の治療も行っております。ご興味がある内容に印をつけてください。

しみ       しわ       たるみ       くすみ       肝斑  
 赤ら顔       脱毛       薄毛       その他 ( )

⑩ 以下は女性の方のみへの質問です。

生理は順調ですか？      順調 ・ 不順 ・ 閉経  
妊娠中ですか、または妊娠の可能性がありますか？      いいえ ・ はい (妊娠 週)  
現在、授乳中ですか？      いいえ ・ はい

⑪ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

・ 当院ホームページ      ・ 知人の紹介  
・ 看板      ・ チラシ  
・ テレビ      ・ 通りがかり  
・ その他 ( )

質問は以上です。ありがとうございました。

お手数ですが、ご記入できましたら、受付までお持ちください。

順番がまいりましたらお呼びいたしますので、お待ち下さい。