

問 診 票

日付

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____ 年齢 歳 _____ 性別 男・女 _____

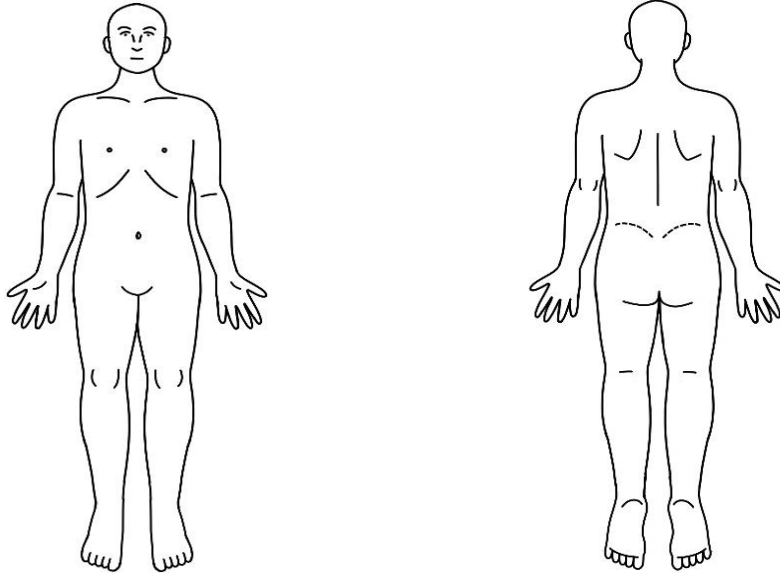
郵便番号から記入してください

住所 〒 _____

TEL _____ 職業 _____

●症状がでたのはいつからですか？ ()

●みてほしい所に○をして**症状を記入**して下さい (赤い・かゆい・痛い・ブツブツ・湿疹
できもの・ピリピリ)



その他 _____

●原因として思い当たる事は？

薬 ・ 食べ物 ・ 化粧品 ・ ストレス ・ どこかへ出かけた
仕事上のけが ・ その他 ()

●アレルギーはありますか？

喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 金属 ・ 動物 ()
食べ物 () ・ 薬 ()

●現在、他院で通院または治療していますか？

(病院名 _____)

(薬名 _____ ※薬手帳を提示ください)

(注)初診の場合、薬の処方量は原則**1~2週間分**程度です。

女性の方へ

☆ 現在 妊娠中ですか？ はい(力月) ☆ 現在 授乳中ですか？ はい・ いいえ
いいえ / 可能性あり

●当院を知った(来院の)きっかけをお聞かせください(あてはまるもの複数)

1. 以前通院していた
2. 通りかかったので
3. 友人知人の紹介
4. インターネット検索
5. 地下鉄の広告
6. 道路看板
7. その他()

備考 ※重症ニキビ治療(イソトレチノイン)ご希望の方はご記入ください