

問 診 票

日付

ふりがな
氏 名

生年月日

年齢

性別

昭・平・令

年

月

日

歳

男・女

郵便番号から記入してください

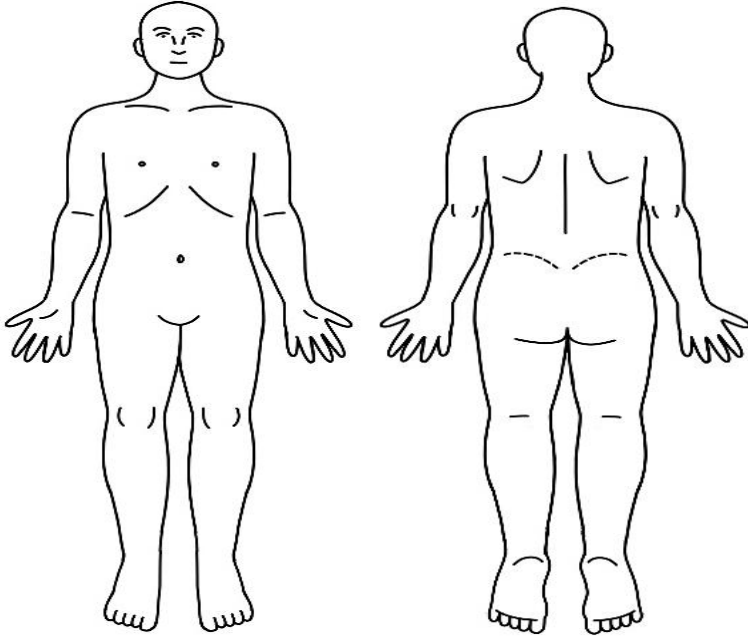
住所

TEL

職業

●症状が出たのはいつからですか？ ()

●みてほしい所・症状それぞれに○をつけて下さい



赤い ・ かゆい ・ 痛い ・ ブツブツ
湿疹 ・ できもの ・ ピリピリ
重症ニキビ治療(イソトレチノイン)希望
AGA薬希望
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) ・ いいえ ・ 可能性あり

☆ 現在 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●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. 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(菊水)
7. その他()