

問 診 票

日付

生年月日

年齢

性別

昭・平・令

年

月

日

歳

男・女

ふりがな
氏 名

〒 - 郵便番号から記入してください

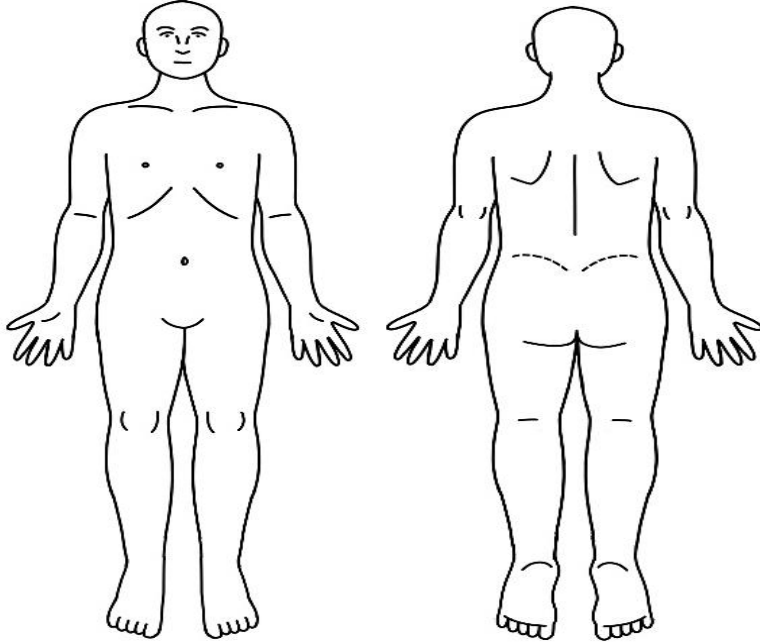
住所

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) ※薬手帳を診察室で提示ください

(注)初診の場合、薬の処方量は原則1~2週間分程度です。

(注) 当院で行っていない治療→金属パッチテスト、小児水いぼ摘除、アレルギー検査

女性の方へ

☆ 現在 妊娠中ですか？ はい(カ月)・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 ()