

問 診 票

日付

ふりがな 氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 年齢 性別 男・女

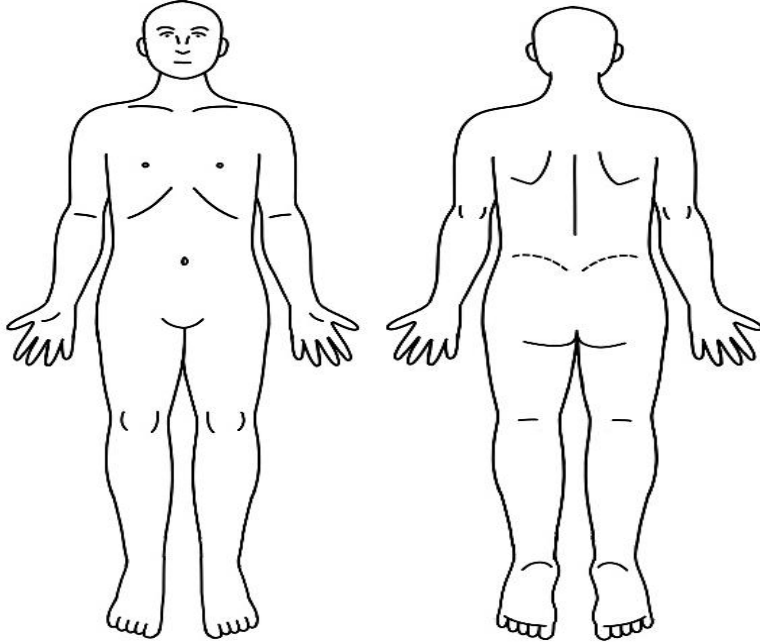
〒 郵便番号から記入してください

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、水いぼ摘除、アレルギー検査、ピアス後トラブル

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()