

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 _____

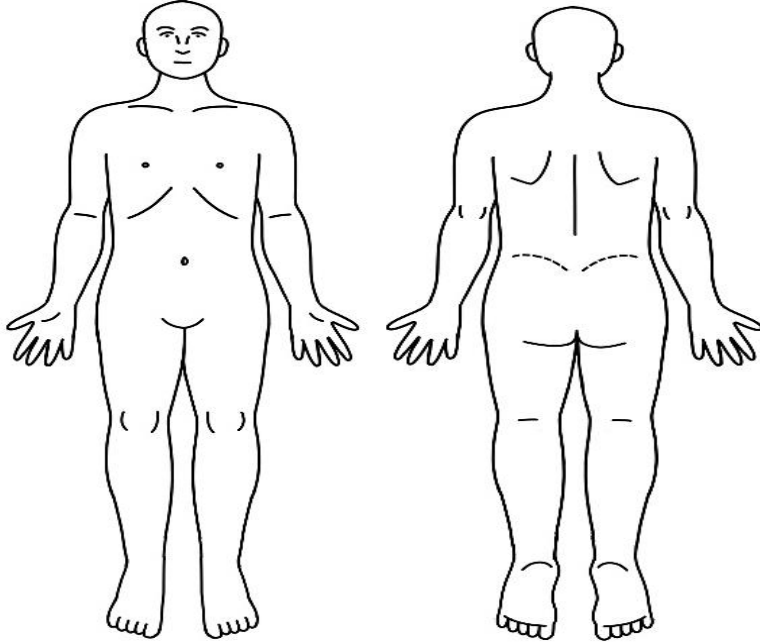
〒 _____ 郵便番号から記入してください

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・腫れ
難治性ニキビ治療(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(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. 家族知人の紹介 |
| 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() | | |