

問 診 票

日付

ふりがな

氏名

T / S / H / R
生年月日 年 月 日

年齢 歳 性別 男・女

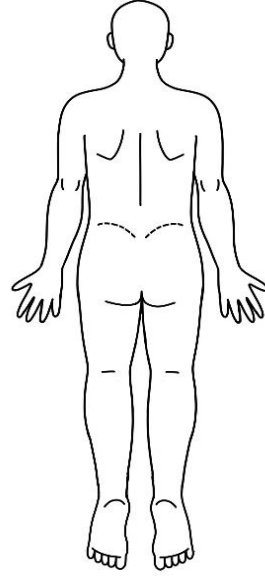
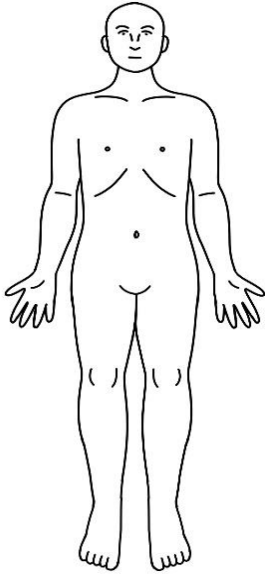
住所

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



●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()

●現在、他院で通院または治療していますか？

(病院名)

(薬名)

※薬手帳または、薬名の記載ある用紙を提示して下さい。

女性の方へ

☆ 現在 妊娠中ですか？ はい(月) ☆ 現在 授乳中ですか？ はい・いいえ
可能性あり 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. 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 ※水いぼ摘除／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