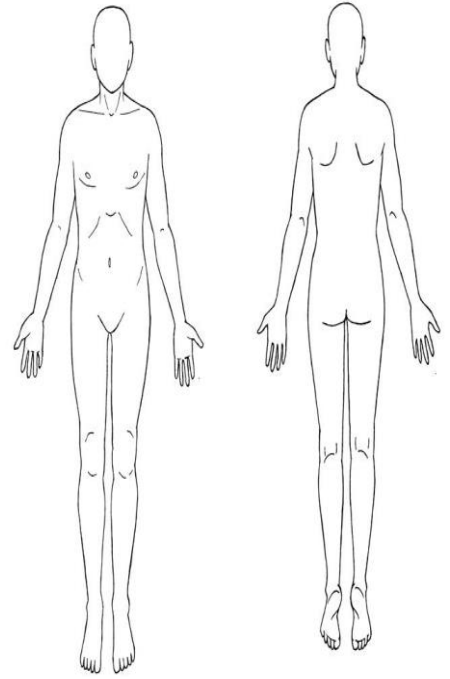


問 診 表

ご来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			明治・大正・昭和・平成・令和
氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 才)
住所	(〒 _____) _____ 県・都 _____ 市・群 _____ 区・町		
自宅電話		携帯電話	
国籍 Nationality		言語 Language	日本語・英語・中国語・韓国語・タガログ語 他 (_____)
職業	専門/技術・管理・事務・サービス・販売・営業・教育・学生・主婦・主夫・その他 (_____)		
来院動機	看板・家族や知人の紹介・インターネット (HP・YouTube・Twitter・Facebook・Instagram) ・ぱど 自宅が近く・職場が近く・他院からの紹介・通りががり・その他 (_____)		
いつから			
部位	※右図のイラストに○をつけて下さい⇒⇒⇒⇒⇒		
☆あてはまるものに○をして下さい			
一般皮膚科	湿疹・にきび・じん麻疹・水虫・かぶれ・たこ・うおのめ とびひ・乾燥・おむつかぶれ・いぼ・ほくろ・しもやけ できもの・巻き爪・やけど・けが・日焼け・円形脱毛 アトピー・帯状疱疹・口唇ヘルペス・粉瘤 (アテローム) 薄毛・ピアス (1個・2個/耳たぶ・耳たぶ以外) その他 (_____)		
美容皮膚科	にきび・しみ・シワ・むだ毛・たるみ・ﾌﾟﾗﾝﾀﾞ注射 クルスカ (痩身) その他 (_____)		
痛みの科	腰痛・肩こり・膝痛・帯状疱疹後の痛み その他 (_____)		
症状	かゆい・痛い・赤い・しびれている・はれている・ だるい・その他 (_____)		
体調	良い ・ 普通 ・ 悪い		
治療中の病気	ない ・ ある (病名: _____)		
治療中の病院名			
服用中のお薬	ない ・ ある (お薬名: _____) ↳ お薬手帳お持ちの方は受付にお出し下さい。		
入院経験	なし ・ あり		
手術歴	なし ・ あり		
アレルギー	ない ・ 不明 ・ ある (_____)		
お薬による副作用	ない ・ ある (お薬名: _____)		
体重	(_____ kg) * お子様は必ず体重ご記入ください		
※女性の方へ			
妊娠中	はい ・ いいえ ・ 不明		
授乳中	はい ・ いいえ		
生理	順調 ・ 不順 ・ 閉経後		
子供の有無	いる ・ いない		
何かございましたらお書き下さい			



*当クリニックでは、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報の徹底管理を行っております。