

# 問 診 票

ご記入いただいた情報は診療の目的以外には利用いたしません

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年 月日	大正	年 月 日 ( 才 )
お名前				昭和	
住 所	(〒 — )			ご職業	
(お持ちの方は) 携帯番号	— —	電話番号	— —		

※携帯電話は緊急時に必要となることがありますのでお持ちの方はご記入ください

## 1. どのような症状で来院されましたか？

① かゆみ・いたみ・できもの・にきび・いぼ・けが

やけど・髪の毛・つめ・**ホクロ・しみ**

※1 下の問診票をご記入下さい

その他 ( )

② 症状の部位 (場所) を教えてください。

体 (顔) 図に○をつけてください。

③ その症状はいつ頃からありますか？

( )

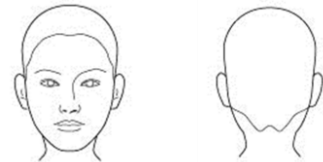
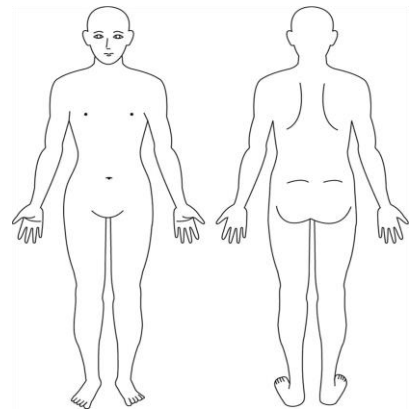
④ その症状について以前に治療を受けられましたか？

いいえ ・ はい

薬の名前 (わかる範囲で結構です)

( )

病・医院名 ( )



2. 今までにした大きな病気や、治療中の病気・使用中の薬等があれば教えてください。

3. 今までに食べ物・お薬などでアレルギーを起こされたことはありますか？

いいえ ・ はい ( )

4. 小学生以下の患者さまは体重を教えてください。( ) kg

5. (女性の方にお聞きします)

現在、妊娠されていますか？ または可能性がありますか？

いいえ ・ はい ( 月 ) ・ 可能性あり ・ 授乳中

※1 問診票 該当するものに○を入れてください

本日は？	( ノーメイク ・ 日焼け止めのみ ・ メイクをしている )
メイクについて	( 洗顔可能 ・ 部分落としのみ可 )
しみ治療について	( レーザー希望 ・ フォトフェイシャル希望 ・ 説明を聞いて判断 )
受診のきっかけ	( 近いから ・ ネット検索 ・ 知人に聞いて ・ その他 )