**問診票**

受診日 令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日　　　大　昭　平　令　　　　年　　　　月　　　日　　　歳 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 |

１．本日はいかがされましたか？



①　いつ頃から

②　どのあたりが

左図で該当する箇所に○をつけてください。

③　どのような具合か

ニキビ　できもの　やけど　アトピー　湿疹　かゆみ　赤い

ヒリヒリ　腫れている　痛い　ケガ　じんましん　いぼ　脱毛症

ほくろ　虫さされ　水虫　タコ・ウオノメ　巻き爪 アレルギー検査

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

シミなどの美容相談（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．そのことについて、どこかで診察を受けられましたか？　　（　いいえ・　はい　）

　　（はい）の方⇒いつ頃(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　どこで　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　どのような診断でしたか？(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

３．今まで食べ物や薬の副作用アレルギーが出たことはありますか？　（　いいえ・　はい　）

　（はい）の方、〇をつけてください。

　　※食品・薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　※それはどのような症状でしたか？

　　１　頭痛　２　めまい　３　熱感　４　発疹　５　吐き気　６　しびれ

　　７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４.　これまでに大きな病気やケガをされたことはありますか？

・　いいえ　・はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．　現在治療中の病気またはケガはありますか？

　　　・　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６.　常用されているお薬はありますか？　（　有・　無　）※お薬手帳があればご提示下さい。

　　　・お薬名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７．女性の方へ　　・現在妊娠の可能性はありますか？（　いいえ　・　はい　）

・現在授乳していますか？　（　いいえ　・　はい　）

８. 当院を知られたきっかけは？（インターネット・近所・知人紹介・他院紹介・車内アナウンス）