

問診票

カルテ No.

記入日 年 月 日

ふりがな

男・女 既婚・未婚

お名前

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 自宅

— —

携帯

— —

1、工作中的ケガ・工作中的やけど・交通事故ですか？

いいえ・はい 具体的に ()

2、本日の診察は？ 一般皮膚科・美容皮膚科 (保険適応外 自費初診料 3240 円)

3、どのような症状で診察を希望されますか？

① 一般皮膚科

a) いつから () 年前から () か月前から () 週間前から () 日前から

b) 症状 かゆい・痛い・かゆくも痛くもない・その他 ()

c) 部位 下の図に○をつけて下さい



② 美容皮膚科— 相談希望は？

シミ・そばかす・ほくろ・しわ・ニキビ跡・毛穴・たるみ・薄毛

ピアス・多汗・脱毛・その他 ()

4、現在あるいは過去に今回の症状で他院で治療を受けていますか？

いいえ・はい 薬名・治療名 () いつ頃 ()

5、これまでに大きい病気で治療や手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい 病名 ()

6、現在他に治療中の病気はありますか？

いいえ・はい 病名 () 病院名 ()

内服中の薬 (お薬手帳があれば見せてください)

()

*健康食品やピルなども書いてください

7、薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい 薬名 () 症状 ()

8、治療についてのご希望は？

健康保険の範囲内で・保険外の治療もあれば説明聞きたい

9、女性の方へ 妊娠中または授乳中ですか？

いいえ・はい 妊娠 ヶ月 産後 ヶ月

10、診療費明細書を発行しますか？ (領収書は別に発行します)

いる・いない