

問診票

本日は受診ありがとうございます。以下の質問にできるだけ正確にご記入お願い致します。

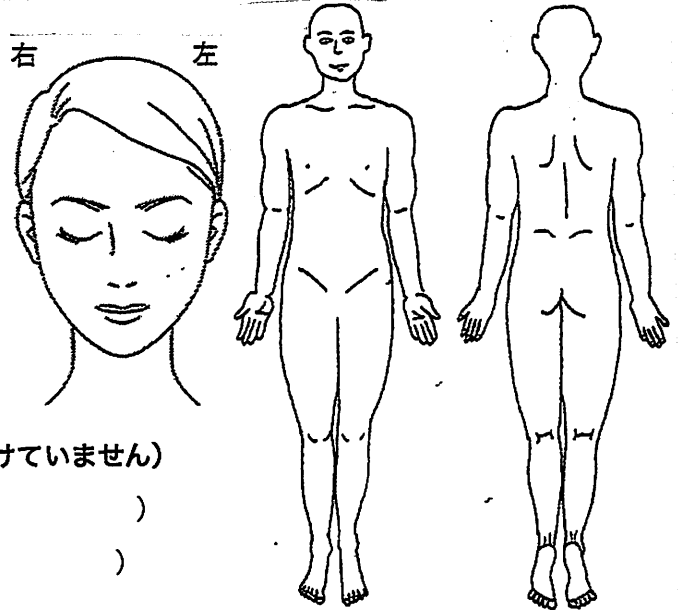
他院からの紹介状、お薬手帳をお持ちの方はこの問診票に添えて受付スタッフにご提出ください。

また、当クリニックは「労務災害保険指定医療機関」ではありませんので通勤中や勤務中の外傷治療の受付はできません。

お名前	ふりがな ()	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)
住所	郵便番号 - 都・道 府・県		電話番号	(ご自宅) - - (携帯) - -
重要項目	身長	cm、	体重	kg
			妊娠	有 (ヶ月) ・無、授乳中
アレルギーの有無・食物アレルギー・薬剤アレルギー・その他アレルギー (具体的に)				

今回の来院されることになった症状や病気に関してのご質問です。

(1) どこの症状が気になりますか？ (〇印をお願いします→)



(2) いつからの症状ですか？

() くらい前から、わからない

(3) どの様な症状がありますか？ (かゆい、痛いなど)

()

(4) その治療を他院で受けていますか？ (受けています・受けていません)

病名： () 病院名： ()

使用したお薬： ()

(5) 他院で現在治療中のご病気、服用中のお薬はありますか？ (※お薬手帳、検査結果をご提出ください)

特になし、 糖尿病 肝臓病 高血圧症 腎臓病 その他 ()

(6) 過去に次のような病気もしくはそれ以外の病気を指摘されたことはありますか？

アトピー性皮膚炎 じんましん ぜんそく 花粉症 緑内障 前立腺肥大 その他 ()

(7) 当院では保険診療の他に以下の自費診療 (保険対象外) を行っています。ご説明の希望ありましたら

欄にチェックしてください。 美肌 シミ そばかす 小ジワ ニキビ・ニキビ痕 AGA (薄毛治療)
 ピアス 医療レーザー脱毛 化粧品・ホームケアに関するご相談 その他 ()

(8) 最後に当クリニックに来院することになったきっかけを教えてください

家族・親族からの紹介 知人・友人からの紹介 ネット検索 ホームページ 通りがかり その他 ()

ご記載ありがとうございました。 この問診票は受付スタッフにご提出頂き、診察までしばらくお待ちください。