



受付番号

問診票

受診日

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	年齢	才		
住所 〒	※お子様のみご記入下さい。			
	身長	cm		
	体重	kg		
ご連絡先電話番号	携帯	()	性別	
	その他	()	男	女
	e-mail (任意)			

◆ 今、どのような症状ですか？

①症状が出ているところを、右の図で示してください。

②どのような症状ですか？ 該当する項目に、印を付けてください。

かゆい 痛い ニキビ はれている しこりがある

その他の症状()

③症状は、いつごろから出ていますか？

()

◆ 保険外診療(自費診療)のご相談/ご希望の方

○当院では美容相談料として、初診料 3,300 円/診察料 1,260 円を
いただいております。

①美容相談 しみ しわ 脱毛 化粧品

②注射 プラセンタ にんにく にきび

③ピアス ④発毛 ⑤その他()

◆ 現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

いいえ

はい 病名()

薬の名前()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

◆ これまでに大きな病気はありますか？

ない ある 病名()

◆ これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

ない ある (食べ物の名前())

(どんな薬で? 貼り薬 飲み薬 薬の名前())

◆ 現在妊娠中(妊娠の可能性を含む)ですか？ はい(週) いいえ

◆ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

◆ 当院をどちらで知りましたか？ 通りがかり ホームページを見て 検索ワード()

知人・ご家族の紹介 紹介者お名前() その他()

他の医療機関からの紹介 病院名()

