

問 診 票

当院では、診療をより効果的にする為に、患者様一人一人のカルテを作っています。
そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

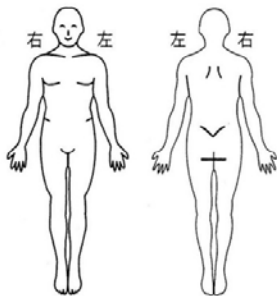
令和 年 月 日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
住 所	〒			
電話番号	病状によってご連絡させていただくことがあります	職 業 (具体的に)		

※お願い：シミやホクロ、レーザー脱毛などの美容治療は自費診療となります。自費診療での初診時には初診料（3300円）がかかります。湿疹など保険診療で受診いただいた際には、同一日に自費診療でのシミやホクロ等の診察はできませんので、ご了承ください（混合診療に抵触する可能性があるため）。

1. いつから、どのような症状がありますか？

- a) いつごろから：（ 年前、 ヶ月前、 週前、 日前）から
b) 症 状：かゆい・痛い・腫れ・アトピー・湿疹・水虫・できもの・乾燥・巻き爪・やけど
円形脱毛・ほくろ・いぼ・しみ・にきび・AGA・レーザー脱毛 その他（ ）
c) 部 位：（下の図に印をつけてください）



症状を詳しくご記入ください（今回の症状で他院での治療があれば、いつ、どこで、処方薬もご記入ください）

2. 次のような病気や手術をしたことがありますか？ また、いつ頃ですか？

- なし あり 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 腎臓病 肝臓病 脳疾患 膠原病
その他（ ）

3. 現在、内服しているお薬（処方薬・市販薬）やサプリメントはありますか？

- なし あり （ お薬手持参 ）

4. 薬剤、金属、食物、花粉、その他、アレルギーをお持ちですか？

- なし あり （ ）

5. ご家族の中に持病やアレルギーをお持ちの方はおられますか？

- なし あり （ ）

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠している可能性はありますか？

- 可能性なし 可能性あり 妊娠 ヶ月 授乳中

7. その他お気づきの点がございましたらご記入ください。

このアンケートにご記入いただきました個人情報、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。
①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関などとの連携・情報交換
同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。

ご協力ありがとうございました。