

診療申込・問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	職業			
お名前			T・S・H・R	年	月	日生 () 歳
ご住所	〒		電話	自宅	()	
				携帯	()	

●どのような症状がありますか？（複数記入可）

- 痒い 痛い 腫れ 湿疹（ぶつぶつ・じゅくじゅく） 乾燥（カサカサ） 水虫
いぼ アトピー ニキビ じんましん ほくろ できもの けが やけど
ヘルペス 帯状疱疹 とびひ 虫刺され 魚の目 円形脱毛 AGA しみ
帯状疱疹ワクチン希望 他（ _____ ）

●それはいつからですか？

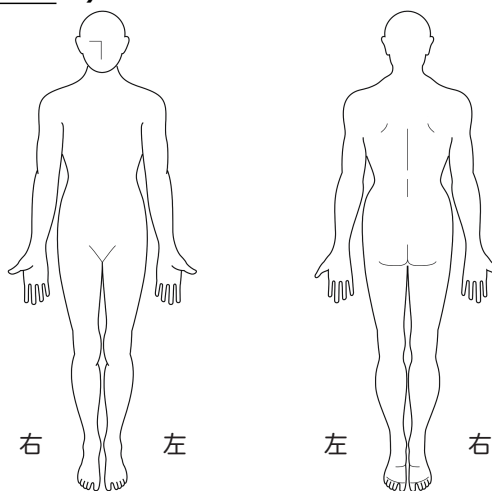
（ _____ ）

●症状のある部位はどこですか？

（右図に○印をつけてください）

※上記に伴う気になる症状はありますか？

（発熱・喉の痛み・だるさ・下痢・不眠
食欲不振 他 _____ ）



●この症状で今まで治療したことがありますか？

なし ある

（病名 _____ ）

（薬剤名 _____ ）

※お薬手帳を一緒にお出し下さい

●治療中の病名および今までにかかったことのある病気があれば教えてください

なし

- ある（糖尿病 肝臓病 腎臓病 高血圧 喘息 鼻炎 アレルギー性結膜炎
緑内障 白内障 胃潰瘍 前立腺肥大 高脂血症 ケロイド
甲状腺の疾患 心療内科の疾患 心臓病 脳梗塞 がん
その他（ _____ ）
 内服中の薬（ _____ ）

※お薬手帳を一緒にお出しください

●今まで薬・注射・食べ物でアレルギー症状（じんましん・かゆみ・吐き気・腹痛・気分不良など）を起こしたことがありますか？

なし ある（ _____ ）

●生活習慣を教えてください

タバコを（吸う・吸わない） 飲酒（毎日・たまに・飲まない） スポーツ（する・しない）
 車・バイク運転（する・しない） シャンプー（毎日・たまに）
 入浴時にあかすり・軽石・ナイロンタオルを使用（する・しない）
 高所・危険な作業（する・しない） 薬品・農薬など刺激性物質に接触（する・しない）

●美容診療に興味がありますか（しみ・ニキビなど） はい いいえ

●女性の方にお尋ねします。

近いうちに妊娠希望あり・妊娠の可能性あり・妊娠 _____ ヶ月・授乳中（産後 _____ ヶ月）