

問診票

※ピアスご希望の方は別の間診票になります。

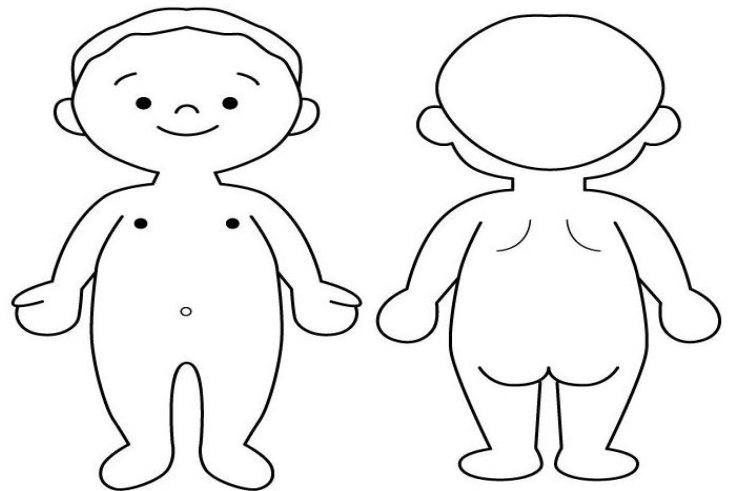
年 月 日

(フリガナ)		性別	□女性 □男性
お名前			
(フリガナ)		職業	
住所	〒 -		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	TEL	
		携帯TEL	

該当する項目に○をお付け下さい

1. どのような症状がありますか？ **症状の出ている部位に○をして下さい(右図)**

かゆみ 赤み 発疹 痛み いぼ シミ ニキビ
その他 ()



2. 原因として思い当たる事はありますか？

いいえ
はい⇒ ()

3. 以前に同じような症状はありましたか？

いいえ
はい⇒それはいつ頃ですか？ ()

4. 上記の症状で他院にて治療したことがありますか？

いいえ
はい⇒ (飲み薬 塗り薬 その他)

5. 今までに、薬・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⇒ (原因となるアレルゲン:)

6. 皮膚科以外の病気を含めて、今までに入院・手術の経験や長期に薬を内服している病気がありますか？

いいえ
はい⇒ (緑内障 喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 甲状腺 膠原病 前立腺肥大)
(その他)

7. 女性の方に伺います。

妊娠していますか？ いいえ・はい [月]可能性あり
現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

8. どのようにしてクリニックをお知りになりましたか？

□知り合いからの紹介 □駅案内 □当院のサイト □地域新聞 □口コミ広場 □バス案内 □看板
□千葉ジェッツ □その他 ()

9. 1.でニキビ、シミ、肝斑とご記入の方に伺います。

保険外診療をご希望ですか？ いいえ・はい ⇒ 「はい」の方は保険診察料と別途1,080円がかかります

10. 「9」ではいと答えられた方にお伺いします。

- どのくらいのご予算でお考えですか？
- どのくらいのご期間でお考えですか？
- ・5万円～10万円
- ・10万円以上 (納得いくまで)
- ・～1ヶ月
- ・～3ヶ月
- ・～半年間
- ・1年以上 (納得いくまで)