

# 問診票

(フリガナ)		性別	生年月日		
お名前		男	大・昭・平・令		
		女	年	月	日
住所	〒 —				
自宅TEL		携帯TEL			

該当するものに○をして下さい。

## 1. どのような症状がありますか？

かゆみ 赤み 発疹 痛み いぼ ニキビ 円形脱毛 ホクロ あざ

AGA（薄毛治療は保険外診療） ピアス 巻き爪 その他（ ）

※医療レーザー脱毛・シミ取り(そばかす・肝斑)はスタッフにお声掛け下さい。

## 2. 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？

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 )

内服中・使用中の薬⇒ 有 ・ 無 ★お薬手帳など内容のわかる物をお持ちでしたら一緒にお出し下さい。

## 3. 女性の方 以下にあてはまれば○を。

・妊娠中（      ヶ月）

・授乳中