

# 問診票

※**ピアス**ご希望の方は別の問診票になります。

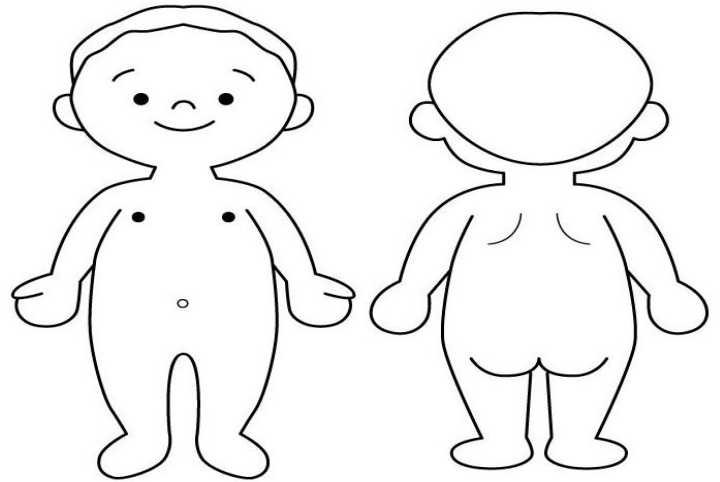
※**シミ**治療後の方は別日でカウンセリングとなります。受付にお声をおかけ下さい。 年 月 日

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性
お名前			職業	
(フリガナ)				
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 ニキビ
- シミ (自費診療の為、別日でカウンセリング 予約となります)
- その他 ( )



2. いつ頃からですか？ ( )

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⇒ (原因となるアレルギー： ) ( )

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 [ ]ヶ月可能性あり  
 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)