

問診票

※**ピアス**ご希望の方は別の問診票になります。

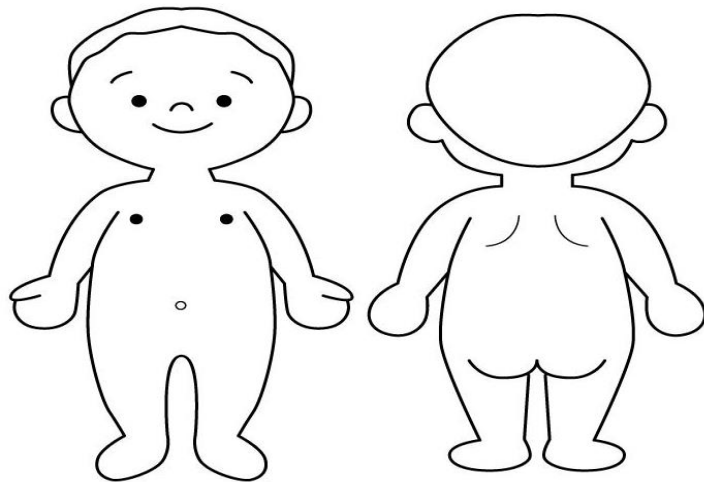
※**シミ**治療後の方は別日でカウンセリングとなります。受付にお声をおかけ下さい。 年 月 日

(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 [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？

・5万円～10万円 ・10万円以上(納得いくまで)

●どのくらいのご期間でお考えですか？

・～1ヶ月 ・～3ヶ月 ・～半年間 ・1年以上(納得いくまで)