

カルテID: \_\_\_\_\_

# 問診表

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_



※ 当院を受診したきっかけを教えてください (複数回答可)

- ・近所
- ・通勤、通学の通り道
- ・折り込みチラシ
- ・知人の紹介
- ・当院のホームページ
- ・美容治療に興味があった
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

1. 症状のある部位に○をつけてください。

2. どのような症状ですか? (かゆい、痛い、など)

3. いつ頃からですか?

4. 使用している薬はありますか?

ない あるいは

薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

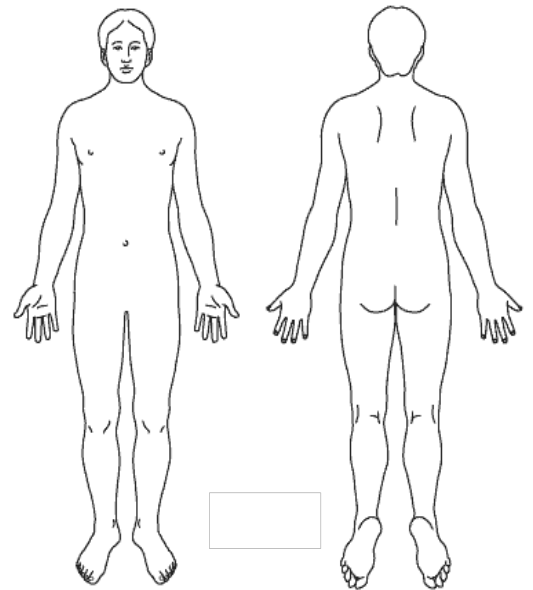
5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

ない あるいは

( \_\_\_\_\_ )

6. 女性の方、現在、授乳または妊娠中ですか?

いいえ はい



※ 顔の診察の場合は、あらかじめ  
お化粧を落としてください。

