

皮フ科

問診票

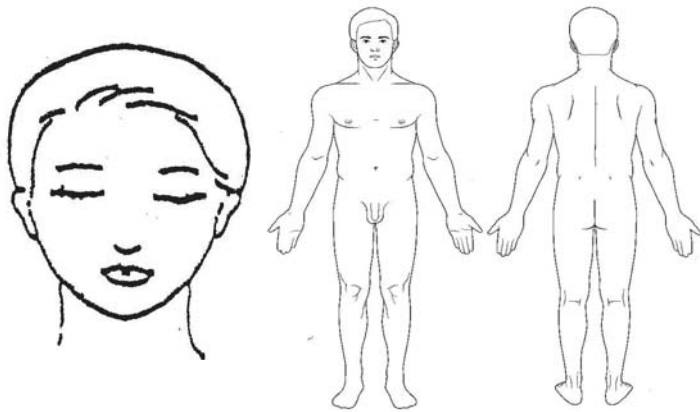
●保険診療のご予約は 050-3734-0692 へ。
ご予約の方優先でお呼びいたします。

受付日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女 ↓ 妊娠している可能性が ・ある ・ない
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所 〒 - 区・市・郡	
TEL () 携帯番号 ()	
希望連絡先がある場合 TEL ()	
職業 :	

問1 本日はどのようなご相談で来られましたか？
また、下の図の症状のある部位を○で囲んでください。

[]



- | | |
|--------------|----------------------|
| 1) かゆい | 8) 多汗症 |
| 2) 痛い | 9) ニキビ |
| 3) はれている | 10) シミ・シワ |
| 4) 水疱ができています | 11) ボトックス |
| 5) イボがある | 12) ヒアルロン酸 |
| 6) 発疹がある | 13) 脱毛 (円形脱毛、レーザー脱毛) |
| 7) 皮が剥ける | 14) その他 |
- []

* 症状の経過観察のため、必要時には患部の写真撮影をさせていただきます。

問2 症状はいつ頃からありますか？ (年 月 日頃～ ・ ヶ月前～ ・ 日前～)

問3 今まで大きな病気をされたことがありますか？
いいえ・はい (病名)

問4 現在何かの病気で治療を受けていますか？
いいえ・はい (病名)
→現在、常用している薬はありますか？ いいえ・はい (薬品名)
お薬手帳などお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします←

問5 薬や注射の過敏症はありますか？ いいえ・はい (薬品名)

問6 何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事などありますか？
いいえ・はい ()

問7 どのようにしてミルディス皮フ科をお知りになりましたか？
・ご家族 ・知人の紹介(ご紹介者名)
・駅の看板 ・雑誌 ・タウンページ ・オリジナルHP
・インターネットで検索→(Google yahoo 他) ・その他()

問8 今後 DM(クリニックからのお知らせ、キャンペーン情報など)を出してもよろしいですか？ Yes / No