

問 診 票

ふりがな
◇お名前： _____ 生年月日：T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

◇ご住所：〒 _____ (お知らせの郵送 可 不可)

◇お電話番号：(携帯・ご自宅どちらか) _____

◇メールアドレス： _____

※ご登録いただいたご住所、メールアドレスにクリニックからのお知らせを送らせていただく場合がございます。

◇このクリニックをどうやってお知りになりましたか？

- 1.インターネット検索 2.SNS (Twitter・Instagram・Facebook・ブログ) 3.口コミサイト 4.駅の看板
5.ご紹介 (_____ 様) 6.その他 (_____)

◇お呼び出しの際に、お名前ではなく、**診察券番号**をご希望の方は、チェックをお願いします。→

◇妊娠の可能性はありますか？(ない・わからない) (妊娠中 _____ 週目)

【内科】 (_____ °C) その症状はいつ頃からですか？ (_____ 月 _____ 日頃から)

- 腹痛 鼻水 咽頭痛 咳 吐き気 頭痛 関節の腫れ 高血圧 高脂血症 糖尿病
むくみ 動悸 甲状腺機能異常 喘息 リウマチ 立ちくらみ めまい 漢方 蕁麻疹
便秘 下痢

【皮膚科】 必ずご記入をお願いいたします→ (部位： _____)

- かゆみ 湿疹 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 ニキビ 水虫 粉瘤 かぶれ とびひ
稗粒腫 皮膚腫瘍 いぼ

【形成外科】 必ずご記入をお願いいたします→ (部位： _____)

- 皮膚腫瘍 傷跡 傷のひきつれ 眼瞼下垂手術 ほくろ除去

【美容皮膚科・形成外科】

- しみ しわ たるみ 赤ら顔 ニキビ 瞼のたるみ ヒアルロン酸注入 ほくろレーザー
ボトックス注入 ニキビ跡 プラセンタ注射 高濃度ビタミンC点滴 脱毛 いぼレーザー
ピーリング シミレーザー 肝斑 ニンニク注射 光治療 HIFU エレクトロポレーション
サプリメント購入 化粧品購入 AGA 二重埋没 切開二重 目頭切開 ピアス わきが
目尻切開 フェイスリフト 目の下のクマ 眉下切開たるみ取り 糸によるリフト 白玉注射

※その他、既往症など、症状等で伝えたいことがありましたらご自由にご記入ください。