

問 診 票

Date

No.

フリガナ お 名 前 (男 ・ 女)		
生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月 日生 (歳)
ご自宅住所	〒.....		
ご自宅電話番号	()		
携帯電話	()		
FAX	()		
E-mail@		
ご 職 業			

○ どんな症状でお困りですか？（お顔の診察はお化粧を落として頂く場合もあります。）

-
- どこに、いつ頃からできていますか？ ○ 何か思い当たる原因はありますか？

どこに？.....

いつから？.....

○ 現在、治療中の病気がありますか？
NO ・ YES ⇒ (病名：.....)

○ 現在、内服中のお薬はありますか？
NO ・ YES ⇒ (薬品名：.....)

○ 過去に入院するような病気にかかったことはありますか？
NO ・ YES ⇒ (病名：..... 年齢：..... 歳)

○ 手術を受けたことはありますか？
NO ・ YES ⇒ (病名：..... 年齢：..... 歳)

○ アレルギー性の疾患（気管支喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹など）がありますか？
NO ・ YES ⇒ (病名：.....)

○ お薬や他にアレルギーがありますか？
NO ・ YES ⇒ (薬品名など：.....)

○ 美容皮膚科・レーザー治療のご相談をご希望ですか？（美容皮膚科の診察は予約制です）
YES ・ NO

- 今回、当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？
- 家族・知人の紹介 他の医療機関の紹介（紹介状をお持ちの場合、ご持参ください）
- 駅看板（神谷町駅 or 六本木一丁目駅） 当院建物看板
- ご近所・通勤途中・職場近く インターネットで検索（Yahoo・Google など）
- その他（ ）

※ 当クリニックから治療に関するご連絡をする必要が生じた場合、
（①自宅電話・②携帯電話・③メール・④郵便）による連絡を（しても構わない・されると困る）。

神谷町皮膚科形成外科