

問診表

平成 年 月 日

ID 番号() フガナ()
 〒() 氏名 ()
 住所()
 電話(— —) 明・大・昭・平()年()月()日生まれ

* 該当する項目にチェック・記入してください。

本日受診されるのは？

一般の皮膚科 美容皮膚科 両方 どちらかわからない
 (保険の範囲内での治療を希望 保険外でも相談による 保険外の治療を希望)

現在の症状は？

かゆみ 赤み にきび シミ シワ ホクロ できもの
 爪のこと その他の発疹 脱毛症 その他()

いつ頃からみられますか？ () 頃から 症状のある部位を○で囲んでください

症状は変化していますか？

変わらない 良くなっている
 悪くなっている 良くなったり、悪くなったり

今回の症状で、他の病院で治療を受けましたか？

はい → (注射・飲み薬・塗り薬) いいえ

現在何か他のご病気はありますか？

はい() いいえ

現在何かお薬を使用されていますか？

はい() いいえ

今までお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

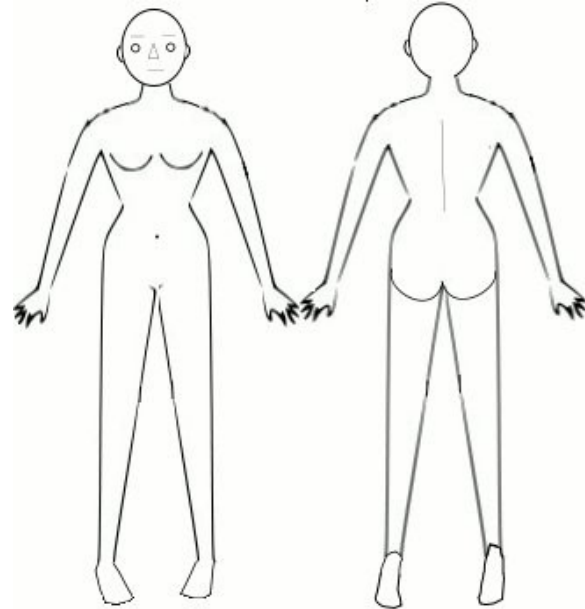
はい() いいえ

<女性の方へ> 現在妊娠中または授乳中ですか？

はい(妊娠中・授乳中) いいえ

今までに入院するような大きな病気や怪我・手術などをされたことがありますか？

入院() 手術()

いつ頃ですか？()頃 特にない

[アンケート]

このクリニックを何でお知りになりましたか？

家が近い 職場が近い 紹介(ご紹介者のお名前_____)

インターネット 駅の看板 ビルの看板 チラシ

その他()

今後、クリニックからのキャンペーン情報・お知らせのダイレクトメールなどを希望されますか？

希望する(メールアドレス) 希望しない

診察にお持ちの際は、A4でプリントアウトしてご利用ください。

※ この問診表をさとうクリニックの問診表以外の目的で使用することを一切禁止いたします。