

問診表

20 年 月 日

フリガナ		住 所	〒	-
氏 名	男 ・ 女			
生年月日	令和・平成 年 月 日	携帯電話	()	-
	昭和・大正 (才)	固定電話	()	-
当院記入欄 ID		体 重	子どものみ	Kg

※診察の参考に使用させていただきますので、過不足なくご記入お願いいたします。

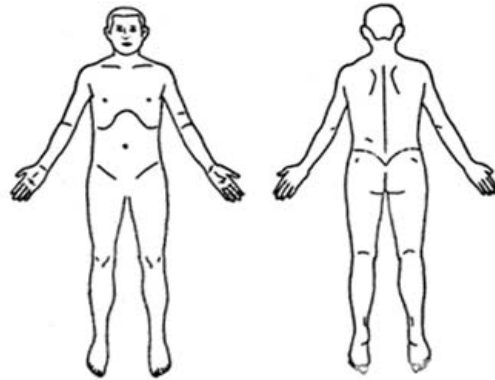
1. 今日はどうされましたか？

()

2. それはいつごろからですか？ いずれかに数字を記入してください。

日前から / 週間前から / か月前から / 年前から / 年 月 日から

症状のある部位はどちらですか？下記イラストの該当箇所に○をつけ、症状を教えてください。



3. 他の病院などを受診しましたか？ その時なんと行われましたか？

なし ・ ある (医療機関名：)
(受診結果：)

4. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

なし ・ ある { ・花粉症 (アレルギー性鼻炎) ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎
・胃潰瘍 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞
・脳梗塞 ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他 (病名：) }

5. 現在、内服中のお薬はありますか？○をつけてください。

なし ・ ある (お薬の名前：)

6. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある (アレルギー： 副作用：)

7. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中 ・ 閉経

8. ご紹介者がいらっしゃる場合はお名前を教えてください

{ }

未成年者同意書

_____年 ____月 ____日

院長 川崎 加織 殿

申込者が下記の保険適用外施術を受けることに同意いたします。

ふりがな				
申込者	氏	名		
生年月日	平成	年	月	日
	年齢	満	歳	
住所	〒		都・道 府・県	市・群 町・村
連絡先				

施術名 ○をつけてください	・レーザー ・イオン導入 ・ケミカルピーリング	・美容点滴
------------------	-------------------------------	-------

※法定代理人ご本人様をご記入、捺印していただきますようお願いいたします。

ふりがな				
申込者	氏	名		
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他()			
住所	〒		都・道 府・県	市・群 町・村
連絡先				

皮膚科 かわさきかおりクリニック