

# 問診票

※労災になる可能性のある方は、必ず受付時にお申し出ください。

健康保険をご使用の場合、後から変更は承れません。

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
ご住所	〒□□□-□□□□		ご職業
電話番号			15歳以下の方は体重をご記入ください
携帯番号			kg

## 1. いつからどのような症状がありますか？

- ① いつから：( 日・ヶ月・年) 前から
- ② 症状：かゆい 痛い 赤い 腫れ 水虫 にきび 脱毛症 多汗症 白斑  
皮膚のできもの 粉瘤・いぼ・ほくろ (当日オペ希望 有 無)  
あざ 赤ら顔 毛細血管拡張 (当日レーザー希望 有 無)  
けが・やけど(勤務中・それ以外) アレルギー採血検査希望

※自費診療(美容)をご希望の方：しみ 肝斑 にきび跡 毛穴 酒さ しわ たるみ  
ボトックス ヒアルロン酸 糸リフト ピーリング 光治療 美白外用薬 ジュベルック  
ポテンツァ ブレッシング ハイドラフェイシャル トライフィル  
サブシジョン TCA クロス 目の下のクマ取り ハイフ  
イソトレチノイン内服 AGA 内服 (当日施術希望 有 無)  
ボルニニューマ その他 ( )

- ③ 部位：右図の患部のある場所に○をつけて下さい。

## 2. 上記の症状に関して治療を受けたことがあれば治療内容、 使用した薬をわかる範囲でご記入ください

( )

## 3. 現在、他に治療中の病気はありますか？ (あり・なし)

病名 ( )

薬 ( )

## 4. 既往歴をご記入下さい。(あり・なし)

アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病・ペースメーカー 肝疾患  
腎臓疾患 肺疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 美容外科手術(プロテ 金の糸 など)  
B・C型肝炎 HIV その他 ( )

## 5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

「あり」の場合 薬、食べ物の名前 ( )

## 6. 〈女性の方に〉現在、妊娠中、授乳中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中(妊娠 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中

## 7. 当院を何でお知りになりましたか？

当院 web Google 検索 Google map 家が近い 職場(学校)が近い  
Instagram 知人・家族の紹介 医療機関の紹介 ( )

