

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 kg	
携帯番号		

1. いつからどのような症状がありますか？

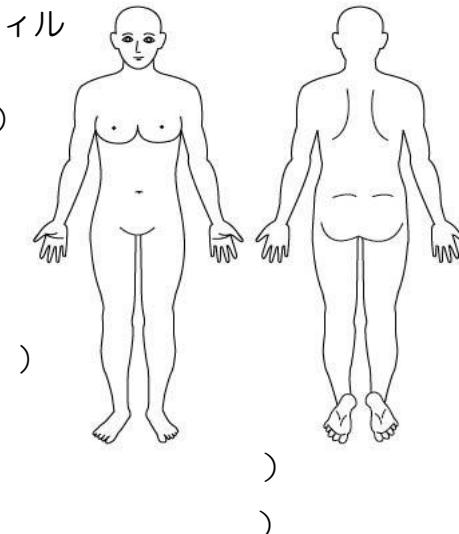
- ① いつから：(日・ヶ月・年) 前から
 ② 症状：かゆい 痛い 赤い 肿れ 水虫 にきび 脱毛症 多汗症 白斑
 皮膚のできもの 粉瘤・いぼ・ほくろ (当日オペ希望 有 無)
 あざ 赤ら顔 毛細血管拡張 (当日レーザー希望 有 無)
 けが・やけど (勤務中・それ以外) アレルギー採血検査希望

※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
 ポテンツア 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 膜原病 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 ()