問　　診　　票

ふりがな	生年月日　大正　・　昭和　・　平成　・　令和	
名　前　　男　・　女	年　　月　　日	歳
〒 住所		
携帯番号	電話番号（ 自宅　・　職場 ）	

・本日の受診内容で当てはまる症状に〇を付けてください。

ニキビ　吹き出物　湿疹　かゆい　いたみ　じんましん　ヘルペス　乾癬

粉瘤　いぼ　けが　傷あと（何によるものですか?　　）

やけど　まぶたが重い（眼瞼下垂）　水虫　巻き爪　陥入爪　魚の目　胼胝（たこ）

花粉症　アレルギー検査希望

その他の症状、気になること（　　）

・症状のある部位を教えてください（例: 右腕　　）

・症状はいつ頃からですか?

（　　日前から）（　　週間前から）（　　年前）　・　生まれつき　・　不明

・現在、ほかの病院へ通院されていますか? また、過去に入院、手術、治療などで通院していましたか?

いいえ　・　はい　→　治療名や手術名など教えてください（例: 高血圧　　）

・現在、飲んでいるお薬はありますか?　※お薬手帳をお持ちの方は受付にてお預かりいたします。

いいえ　・　はい　→（薬の名前:　　）

・薬や食べ物などでアレルギーはありますか?

いいえ　・　はい　→（食べ物:　　薬:　　その他　　）

【自費診療】ピアス（片・　両　／　耳たぶ　・　軟骨　）　脱毛（希望部位　　）

シミ　たるみ　シワ　ホクロ除去　ニキビ跡　傷跡　痩身　育毛　その他（　　）

【女性の方のみ】

妊娠中ですか?　はい（　　週）　・　いいえ

授乳中ですか?　はい　・　いいえ

・当クリニックをどこでお知りになりましたか？（複数回答可）

1・ホームページ　2・チラシ　3・看板　4・電柱広告　5・館内看板　6．他院紹介（　　）

7・その他（　　）