

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	
お名前	様		ご職業	
ご住所	〒	電話番号	()	
		携帯電話	()	

(1) どのような症状がありますか？ ※複数ある場合はいちばん辛い症状に◎をつけてください

保険診療

湿疹 ・ アトピー ・ 乾燥 ・ かゆみ ・ かぶれ ・ 痛み ・ できもの ・
水虫 ・ 脱毛症 ・ にきび ・ イボ ・ タコ ・ ウオノメ ・ ヘルペス ・ 水イボ
・ 虫さされ ・ 巻き爪 ・ やけど ・ 花粉症 ・ アレルギー検査

自費診療

ピアス ・ プラセンタ注射 ・ にんにく注射 ・ ケミカルピーリング
いぼ、ほくろレーザー治療(相談) ・ 美白(内服薬、ビタミンCローション、ハイドロキノン、ト
レチノイン) ※保険診療と一緒に診察をご希望される場合は、混雑状況などにもよりますが優先順位を決めさせていただき
後日カウンセリング、施術の予約をお取りしご案内させていただきます。

① 症状が表れたのはいつ頃ですか？

② 今日の症状について、以前に治療を受けたことがありますか？

ない

ある 薬剤名を教えてください

(2) 今までに、かかった病気はありますか？

なし

あり 心臓病 肝臓病 腎臓疾患 糖尿病
高血圧 喘息 緑内障 前立腺肥大

その他

(3) 現在飲んでいる薬はありますか？

ない

ある 病名

薬名

(4) アレルギーはありますか？(薬、食べ物、花粉など)

ない

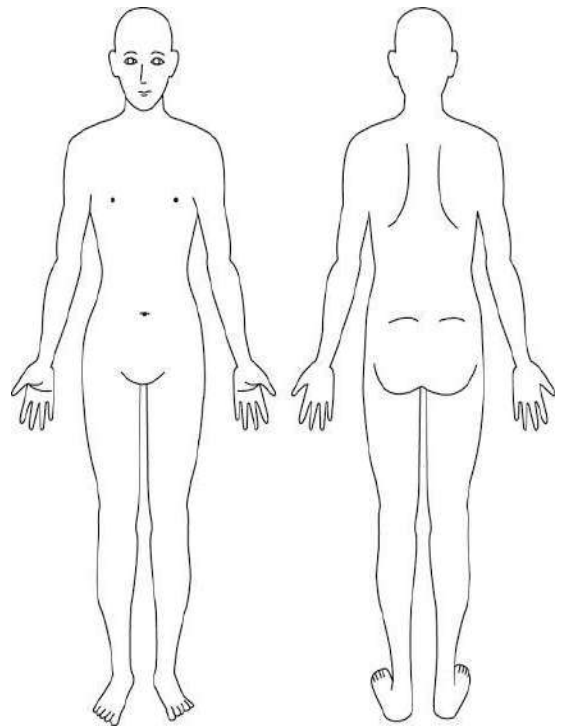
ある

(5) 女性の方で、妊娠中、妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 いいえ

(6) 体重をお願いします

() Kg



やおさか皮フ科クリニック