

問 診 票

Date

No.

フリガナ..... お 名 前 (男 ・ 女)
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
ご自宅住所	〒.....
ご自宅電話番号	()
携帯電話	()
FAX	()
E-mail	@
ご 職 業	

○ どんな症状でお困りですか？（お顔の診察はお化粧を落として頂く場合もあります。）

○ どこに、いつ頃からできていますか？ ○ 何か思い当たる原因はありますか？

どこに？.....
いつから？.....

○ 美容皮膚科・レーザー治療のご相談をご希望ですか？ (美容皮膚科の診察は予約制です)

YES ・ NO

○ 現在、治療中の病気がありますか？

NO ・ YES ⇒ (病名：.....)

○ 現在、内服中のお薬はありますか？

NO ・ YES ⇒ (薬品名：.....)

○ 過去に入院するような病気にかかったことはありますか？

NO ・ YES ⇒ (病名：..... 年齢：..... 歳)

○ 手術を受けたことはありますか？

NO ・ YES ⇒ (病名：..... 年齢：..... 歳)

○ アレルギー性の疾患（気管支喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹など）がありますか？

NO ・ YES ⇒ (病名：.....)

○ お薬や他にアレルギーがありますか？

NO ・ YES ⇒ (薬品名など：.....)

○ 今回、当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

- ご家族・お知り合いからのご紹介 (様) 当クリニックのHP
 電話帳（タウンページ等） 雑誌 (雑誌名：.....)
 ご近所・通勤途中・職場近く その他 (.....)

※ 当クリニックから治療に関するご連絡をする必要が生じた場合、

(①自宅電話・②携帯電話・③メール・④郵便) による連絡を (しても構わない・されると困る)。

※ ①～④の方法による連絡が困る場合は上記以外の連絡方法を直接医師にお知らせ下さい。

中目黒小野皮膚科クリニック

御記入ありがとうございました <(_)>