

問診票

Date

No.

フリガナ		男	大・昭・平	年齢
お名前		女	年 月 日	歳
ご住所	〒 -	お電話	ご自宅 - -	
			携帯 - -	
ご職業		ご紹介者様がいる場合は、お名前を教えてください。		様

◆どのような症状でお見えになりましたか？ ※お顔のご相談の場合、お化粧を落としていただくことがあります。

*いつから・・・ _____ *どこに・・・ _____ (右/左)

*どのような症状ですか・・・ _____

*思い当たる原因はありますか・・・ _____

◆く女性の方く 今現在の妊娠・授乳の有無についてお答えください。

妊娠中(_____ ヶ月) / 授乳中 / 妊娠を希望している / 妊娠していない

◆今までに治療を受けたり、診断されたことのある疾患は下記にありますか？ ○をつけてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓疾患 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・気管支ぜん息 ・腎臓病
 ・リウマチ性疾患 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・肝疾患 ・アトピー性皮膚炎
 ・胃・十二指腸潰瘍 ・その他(_____)

◆く上記で○をつけた方く 今現在も治療中の疾患は、◎(二重丸)にしてください。

◆現在、内服中のお薬はありますか？

なし / あり ... _____

◆アレルギーはありますか？

なし / あり ... *食べ物 _____ *お薬 _____

*その他 _____

☺記入ありがとうございました☺