

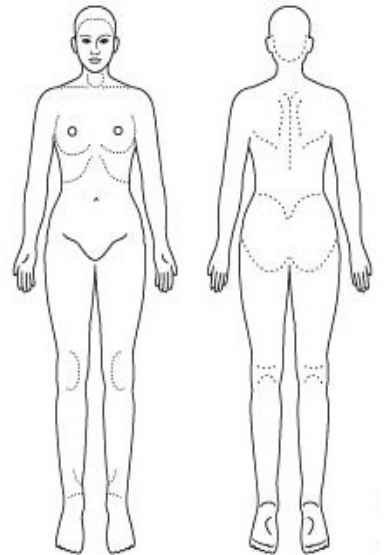
初診申し込み・問診票

ふりがな	大・昭・平				
氏名	男・女	生年月日	年	月	日 (歳)
〒	住所				
	電話 (自宅)				
	電話 (携帯)				
※未成年の方のみ記入					
保護者氏名			保護者電話番号		
【当クリニックをどこで知りましたか？】					
家族、知人の紹介 インターネットで検索 家や職場が近かった タウン誌で見た(雑誌名: _____)					
他の医療機関からの紹介(病院名 _____) 電信柱広告 駅看板 その他(_____)					
ご職業			他院歴		

●今日はどうされましたか？ (かゆみ・痛み・湿疹・できもの等、美容相談の方はご要望をお書き下さい)

●いつ頃からですか？

●どこの部位ですか？右の絵に○を付けて下さい



●今までに大きな病気や手術、または現在治療中の病気はありますか

ない ・ ある (_____)

●現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ・ ある (_____)

●アレルギーはありますか？

ない ・ ある (喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・金属アレルギー
薬のアレルギー (薬の名称 _____) その他 (_____)

●女性の方へ 現在妊娠していますか？ ※妊娠中・授乳中の方は、スタッフへお声がけください

している (_____ 週) ・ していない ・ わからない ・ 授乳中

●嗜好品

タバコを吸う ・ アルコールを飲む

●その他なにかあればご記入下さい