

# 初診申し込み・問診票

ふりがな 氏名	大・昭・平・令
※未成年の方のみ記入 保護者氏名	男・女
〒	生年月日 年 月 日 ( 歳)
住所	電話 (自宅)
	電話 (携帯)
【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
タウン誌で見た (雑誌名: _____)	家や職場が近かった
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

\*顔の症状のご相談は、適切な診断ができるようなるべくお化粧をせずにご来院ください。

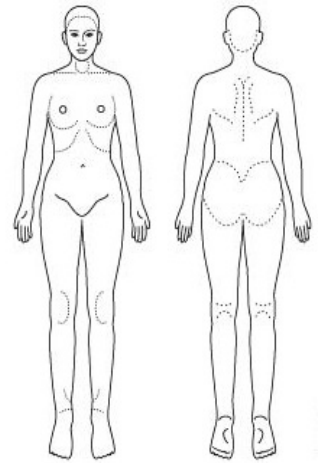
● 今日はどうされましたか？ (かゆみ・痛み・湿疹・できもの等、美容相談の方はご要望をお書き下さい)

\_\_\_\_\_

● 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、妊娠中・授乳中ですか？ 妊娠 ( \_\_\_\_\_ 週) ・ 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