

【問診票】

令和 年 月 日

明・大・昭・平・令

なまえ
名前

(男・女) 生年月日 年 月 日 年齢 才

〒 (郵便番号の記入をお願いします)

住所

電話

身長 cm 体重 kg

携帯電話

★診察してもらいたいところに○をつけて下さい。

★どのような症状ですか？

★その症状はいつ頃からですか？

★その症状で今までに診察、治療を受けましたか？

なし・あり 病院名： _____

治療内容（薬品名など）： _____

◇現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ

病名： _____ 病院名： _____

治療内容（薬品名など）： _____

◇日常生活についておたずねします

タバコは吸いますか？ はい（1日 本）・いいえ

◇ご婦人の方へ

現在妊娠中、授乳中またはその可能性がありますか？

はい（妊娠 週目・授乳中）・いいえ・不明

◇今までに次のような病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・糖尿病・B型肝炎・C型肝炎 特になし

その他（ _____ ）

◇これまでに薬や注射で何か異常が出たことがありますか？

はい（薬品名： _____ ）・いいえ

★当院をどのようにしてお知りになりましたか？次の項目から当てはまるものに○印をつけて下さい

- | | | |
|-----------------|---------------|--------------------|
| 1. 津田沼駅の看板 | 2. 通りがかり | 3. インターネット（ホームページ） |
| 4. 他院からの紹介 | 5. 家族や知人からの紹介 | 6. 折り込みチラシ |
| 7. 電子掲示板（ロハル入口） | 8. 電子掲示板（市役所） | 9. 電子掲示板（イオン津田沼） |

★最後に、次のようなお肌に関する悩みに対する治療希望がありましたら○印をつけて下さい

シミ、しわ、たるみ、くすみ、ニキビ、まぶたが重い、薄毛、脱毛、その他（ _____ ）

ありがとうございました。なお、紹介状をお持ちの方は、この問診票に添えてお出し下さい。

治療の内容により診察順がずれる事がありますのでご了承下さい。



みんなの皮ふ科・形成外科 津田沼