

【問診票】

ふりがな		男・女	年齢	才	ヶ月 (乳児)
氏名			職業		
	昭和・平成・令和 年 月 日生				
住所	〒 -		電話		

令和 年 月 日

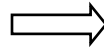
【○をつけるか記入してください】

《女性の方へ》

- ① 現在妊娠中ですか？ はい (月) 可能性あり いいえ
 ② 現在授乳中ですか？ はい いいえ

1 現在皮膚のどの部分が悪いですか？

右の図に○印をつけて示してください



2 それはいつごろから始まりましたか。

() 年前 () ヶ月前 () 日前

3 現在苦痛がありますか？

かゆい 痛い その他 ()

4 医師の治療を受けましたか？

受けた (皮膚科医師 皮膚科以外の医師)

病名 ()

受けていない

5 どんな薬をつけましたか？

()

6 今まで、塗り薬・飲み薬・注射で発疹がでたり気分が悪くなったりするなどの異常がありましたか？ はい (薬品名) いいえ わからない

7 現在薬を飲んでいますか？ はい (薬品名 お薬手帳に記載) いいえ

8 次の疾患がありますか？ある場合は○印をつけて下さい。(緑内障 前立腺肥大)

9 ご希望の場合は○をお願いします。 ジェネリック医薬品希望

10 今回の症状で最近3カ月以内に第5さくらい医院(生出家)を受診されましたか？ はい いいえ

11 他に何か気になること、治療に対するご希望などありますか？ 例：説明は短くしてほしい

[]



☆当院では保険診療のほかに自費診療・メディカルエステ(保険対象外)を行っていますが、何かご興味はありますか？

脱毛 シミ 肝斑 くすみ そばかす ニキビ ニキビ跡

その他 ()

※初診の方はカルテ等の準備のため順番が前後する場合がございます

第1 さくらい医院