

すでにweb問診回答済みの方は記入不要です。受付にお申し出ください。

診療申し込み・問診票

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様 男・女				(歳)
ご住所	〒 -	ご 職 業				
お電話番号	(携帯) - -					(携帯をお持ちでない方はご自宅の番号)

スタッフが医師に代わり問診を致します。医師に相談したい内容をあらかじめスタッフにお伝えください。また、医師が作成した資料に基づき、スタッフがご説明致します。

上記の内容に同意をしていただける方はに✓を入れて下さい。

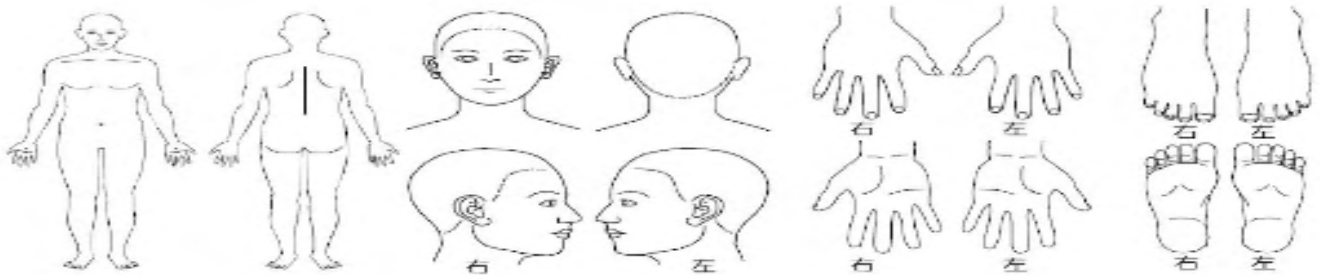
※お薬手帳や経過表、経過写真をお持ちの方は、予めお手元にご用意下さい。

1. a) 今回の症状はいつから: (_____) 前から、

b) 上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか? はい いいえ)

c) 症状: 青あざ 皮フ腫瘍 ほくろ にきび まき爪 乳児・幼児スキンケア その他

d) 部 位: ※ご相談内容が多い場合、あらかじめ優先順位をご検討の上、受診ください。



e) ご相談、ご希望の治療方法はありますか? いいえ はい (_____)

当てはまる項目全てに✓を入れて下さい。

- 保険内で治療希望 保険適応外(自費)治療も検討 自費で美容的に処置希望
悪性でなければ処置希望なし 悪性でなくても処置希望 治療方法について相談したい

2. 既往歴 1.アトピー性皮膚炎 2.花粉症 3.喘息 4.糖尿病 5.心臓病 6.その他 (_____)

3. のんでいるお薬はありますか? 薬剤名 (_____)

4. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか? (ある ない)

薬、食べ物の名前 (_____)、どのような症状がでましたか? (_____)

5. 女性の方にお尋ねします。現在 (妊娠中 : _____ ヶ月 授乳中)

※18歳未満の方のレーザー等の自費治療は基本的にはご対応しておりません。

※刺青の除去、刺青部位の手術は、他院へご案内させていただいております。