

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。

問診票（再診の方・久しぶりに来院された方）

氏名

男・女 年齢 歳

*経過表やお薬手帳をお持ちの方は、予めご用意ください。

●本日受診の症状についてご記入下さい。ご相談が複数の場合には、全ての症状をご記入ください。

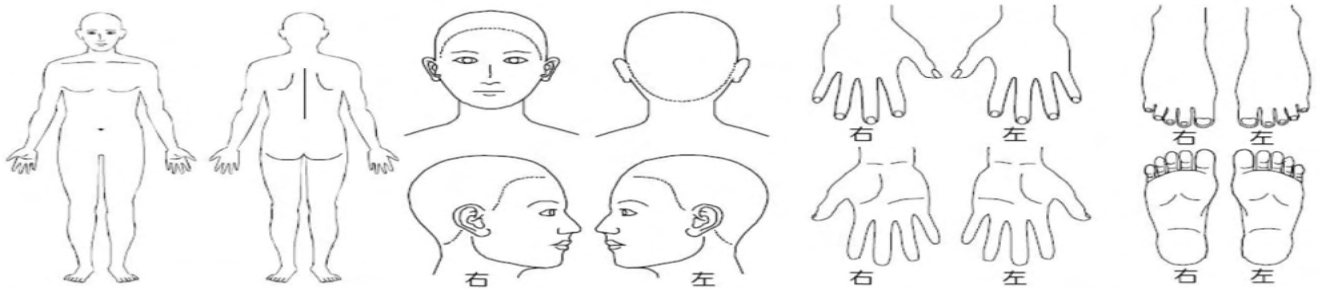
いつからどんな症状がありますか？

a) いつから：（ 日・週間・ヶ月）前から、

以前にも、同様の症状が出たことが（ある ない） → いつ頃（ 前）

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

c) 部 位：（下の図に印を付けて下さい）※診察の際は症状のある範囲全体を見せて頂きます。



d) 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）

●前回の症状について再度ご相談されたい場合は、以下にご記入ください。

どのような経過ですか？

- A.一旦よくなったが、また症状がでてきた
- B.よくなってきたので、お薬を継続したい
- C.通院を中断してしまったので再開したい

☆お薬の名前が分かる方は、四角の枠にご記入いただき、ご希望の処方量もご記入ください。

お薬の名前が分からない方は添付の写真をご覧いただき、ご希望の番号と、容器の色、ご希望の数をご記入ください。

例 〔⑩番〕 〔色：むらさき〕 〔処方希望：3本〕 〔使用部位：腕、お腹、背中〕

番号	容器の色	処方希望量	お薬の名前

●女性の方にお尋ねします。現在（ 妊娠中： ヶ月 ・ 授乳中 ）

【ご案内】

※レーザー・手術のご予約は水よう(AM)/金よう(AM) 予めスケジュールをご確認下さい。

※アザの部位や状態によっては他院へご案内させていただいております。

※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。

※自費診療のご予約は受付/お電話/インターネットにて承ります。

初診料（カウンセリング料）：3300円（税込）・再診料：1100円（税込）

※18歳未満の方のレーザー等の自費治療はご対応しておりません。