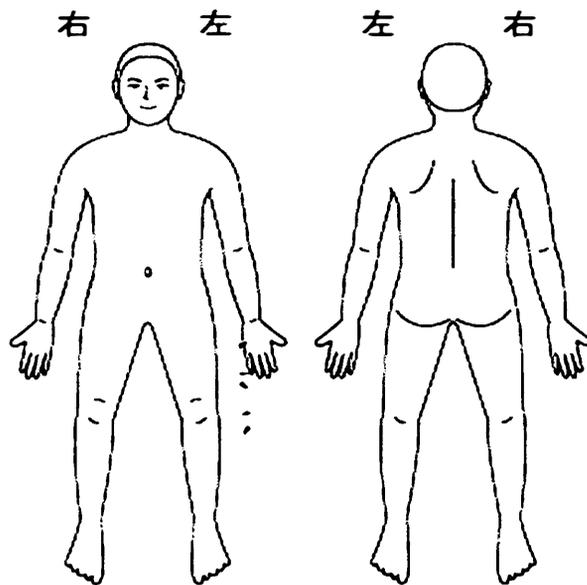


【問診票】

受診日： 年 月 日

| | | | |
|------|-----|-----------------------|----------------------------------|
| フリガナ | 性別 | 体重 | 生年月日 |
| お名前 | 男・女 | お子様は必ずご記入ください kg | 大正・昭和・平成・令和(歳) 年 月 日生 |
| 住所 〒 | | TEL (日中連絡がつきやすい番号) | ※お薬手帳がある方は受付時に 問診票と一緒にお願いします。 |

1. 皮膚の症状がある部位すべてに○をつけ、どのような症状かを詳しく記入してください。



痛い・かゆい・カサカサ・その他 ()

2. いつ頃からですか? ()

3. きっかけはありますか? (ない・ある) → ()

4. この症状で今までに治療を受けましたか? または症状がでて何か薬を使いましたか?

(いいえ・はい) 「はい」の方→病院名 ()

処方されたことのある薬、症状がでて使ったお薬など ()

5. 薬や注射・消毒液でアレルギー反応が出たことはありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→薬の名前 () どんな症状ですか? ()

6. 現在服用中、または使用している薬はありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→必ずお薬手帳をご提出ください。

6. 女性の方へ 妊娠中・妊娠の可能性・授乳中ですか?

妊娠 (いいえ・はい カ月)

授乳 (いいえ・はい カ月)

※裏面へ→

名前 () 様

7. 当院では遠方の方、通院が難しい方にオンライン診療を行っております。ご興味はありますか？

(いいえ・はい)

8. 当院では自費診療（保険対象外）を行っております。何かご興味はありますか？

しみ・肝斑・そばかす・しわ・たるみ・部分痩せ・ニキビ跡・毛穴・脱毛・ほくろ・まき爪
薄毛・抜け毛・プラセンタ注射・美容注射・にんにく注射・高濃度ビタミンC点滴
血液クレンジング療法・注腸オゾン療法・ドクターズコスメ・遺伝子検査

9. 自費診療について説明・費用をききたい、カウンセリングをうけたい。(いいえ・はい)

「はい」の方は、自費部門（メディカルスパ）スタッフより説明いたします。

10. 当院を初めて受診される方へ

当院にご来院されたきっかけは？（当てはまるものに○、またはご記入ください）

家族・親族の紹介 () 様・知人からの紹介 () 様

病院からの紹介 () 病院

ホームページを見て・フェイスブックをみて・ブログをみて・インターネットタウンページをみて
その他 ()

問診票のご記入ありがとうございました。問診票はお薬手帳と一緒に受付時にお渡しください。

山本メディカル逗子駅前皮膚科