

問診表

初診日 令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大・昭・平・令
お名前	様		年 月 日 (歳)
ご住所	〒	電	自宅 — —
		話	携帯 — —

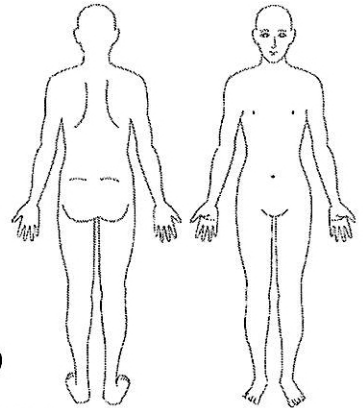
(1) どのような症状に対しての診察をご希望されますか？

一般診察

症状 ()

シミレーザー ・ ホクロレーザー

ピアス その他 ()



(2) 診察希望箇所に○をつけてください。→

(3) いつ頃からですか？

() 日前より () ヶ月前より () 年前より

(4) いままでに大きな病気(手術・入院)をしたことがありますか？

はい どのような?()

いいえ

(5) 現在飲んでいるお薬はありますか？

はい ()

いいえ

(6) お薬、食べ物、注射で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？

はい()

いいえ

(7) 女性の方

妊娠していますか？ はい() ヶ月) いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

●当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

家族・知人からの紹介 (氏名)

ホームページ 電話帳 駅の看板 家から近い

くちコミ 他の医療機関からのご紹介 その他 ()