

# 問診票

診察券番号

フリガナ

生年月日 年 月 日 歳

名前

男・女

電話番号

— —

住所

(1) これまでにかかった病気はありますか？

(2) 現在治療中の病気はありますか？

いいえ  はい(病名: )  いいえ  はい(病名: )

(3) 現在内服中の薬(市販薬、サプリメントを含む)はありますか？

(4) 風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を起こしやすいですか？

いいえ  はい(病名: )  いいえ  はい(薬品名: )

(5) アレルギー(薬・食べ物)を起こしたことはありますか？

(6) 手術をしたことはありますか？

いいえ  はい(食べ物・薬品名: )  いいえ  はい(手術内容: )

(7) 女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？

いいえ  はい(妊娠中(妊娠 月)・授乳中)  不明

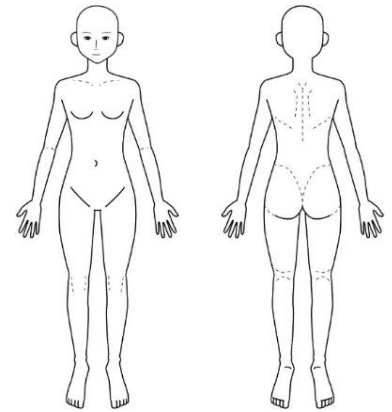
・ 本日はどのような症状で受診されますか？

## 【皮膚科】

いつ頃から： 前から

部位 症状のある部位に○をつけてください (右図)

症状  かゆみ  痛み  赤み  ぶつぶつ  しこり  しこり  イボ  
 水虫  タコ  うおのめ  できもの  傷  やけど  じんましん  
 匂い  多汗  脱毛  その他( )



## 【アレルギー科】

いつ頃から： 前から

くしゃみ  鼻水  鼻づまり  目のかゆみ  喉のかゆみ  アレルギー検査希望  舌下免疫療法希望  
 エピペン処方希望  その他( ) ※金属アレルギー検査は行っておりません

## 【内科】

いつ頃から： 前から 【現在の体温： °C】

生活習慣病  喘息  発熱  頭痛  咳  痰  喉の痛み  鼻水  悪寒  
 関節痛  だるさ  胸痛  吐き気  嘔吐  腹痛  下痢  便秘  息苦しい  めまい  ふらつき  
 禁煙外来  その他( )

## 【ペインクリニック内科】

いつ頃から： 前から

部位 症状のある部位に○をつけてください (上図)

症状  しびれ  痛み  感覚の鈍さ  その他( )

どのような経過ですか( )

## 【自費診療】

カウンセリングのみ希望  注射・点滴希望  物品購入  当日施術希望  後日予約希望

お悩み  毛穴  肌荒れ  シミ  ほくろ  イボ  顔の赤み  ニキビ・ニキビ跡  薄毛  痛み

診療内容  セレック V  CO2 レーザー  ルビーレーザー  イオン導入  ケミカルピーリング  ダーマペン4  
 美白内服  ドクターズコスメ  メディカルダイエット  AGA/FAGA  ピル/アフターピル  
 スーパーライザー  筋膜リリース