

ねもと皮フ科 問 診 票

ふりがな ----- お名前	生年月日 <small>明・大 昭・平 令</small> 年 月 日 () 才
住所 (※初めての方と変更ある方のみご記入下さい) 〒 —	性別 男 ・ 女 (※お子様のみご記入ください) 身長 cm / 体重 kg
電話番号 自宅: () 携帯: ()	勤務先

◆今、どのような症状ですか？ 受診日 令和 年 月 日

①症状が出ているところを、右の図で示してください。

②どのような症状ですか？ 該当する項目に、印を付けてください。

- かゆい 痛い ニキビ はれている しこり ケガ やけど
ホクロ ピアス その他の症状 ()

③症状は、いつごろから出ていますか？ ()

④コロナワクチン接種したことがありますか？

- ない ある 回数 回目 (最終接種日 年 月 日)

⑤美容の相談(保険外治療)本日もご希望ですか？ (はい・いいえ)

相談内容 ()

※“はい”の場合は自費初再診料が別途かかります。

◆他院で美容施術を受けた事がありますか？

- 受けていない
施術を受けたことがある 施術名・施術日 ()

◆現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- 治療は受けていない
治療を受けている 病院名 ()
薬は何も飲んでいない
現在、病院で処方された薬を飲んでいる
 薬の名前 ()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

※他院でのお薬の処方や変更があれば必ず医師に直接お伝え下さい。

◆これまでに大きな病気はありますか？

- ない ある 病名 () 緑内障 前立腺肥大

◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

該当する項目に、印を付けてください。

- ない ある [食べ物の名前 ()]
 [どんな薬で？ 貼り薬 ぬり薬 飲み薬 薬の名前 ()]

◆現在妊娠中(妊娠の可能性を含む)ですか？ はい いいえ *はいの方 (出産予定日は R 年 月 日)

※妊娠された場合は必ず医師にお伝え下さい。

◆現在授乳中ですか？ はい いいえ

◆当院をどちらで知りましたか？ 該当する項目に、印を付けてください。

- 通りがかり ホームページを見て ご親族・ご友人などの紹介 ()
他の病院からの紹介 病院名 () その他 ()

症状の箇所に
印を入れてください
↓

