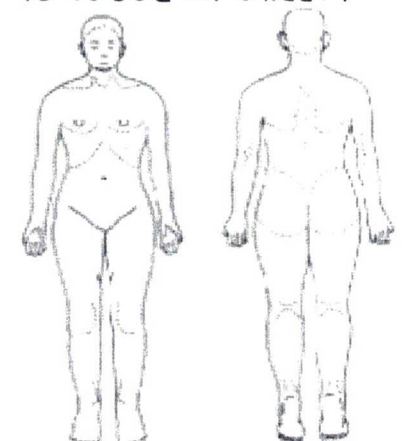


# 問診票

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男 女	T・S・H 年 月 日 ( 才)
自宅住所 〒		電話 ( ) 携帯 ( )
Eメールアドレス	メール配信にて健診・予防接種等のクリニック情報 必要 / 不要	
会社名	電話 ( )	
身長 cm	体重	kg
<p>☆本日の症状を、ご記入下さい。(皮膚科)</p> <p>◇あてはまる症状に○をつけてください。 (その他の場合は詳細を必ずご記入ください) かゆい・赤い・痛い・乾燥・皮がむける その他( )</p> <p>◇いつ頃から発症、あるいは気になりましたか？ 慢性的・( )年前・( )ヶ月前・( )週間前・( )日前</p> <p>◇今回の症状で、過去に他院で治療を受けていましたか？ いいえ / はい(いつ頃 治療内容)</p>		<p>症状が出ている部位はどこですか？ (○でしるしをつけてください)</p>  <p>●足の症状で受診される方は あらかじめご準備下さい。</p>
<p>☆本日の症状を、ご記入下さい。(自由診療・美容皮膚科)</p> <p>◇あてはまる症状に○をつけてください。 しみ・シワ・たるみ・ニキビ・肝斑・その他( )</p> <p>◇いつ頃から発症、あるいは気になりましたか？ ( )年前・( )ヶ月前</p> <p>◇今回の症状で、過去に他院で治療を受けていましたか？ いいえ / はい(いつ頃 治療内容)</p>		
<p>☆今まで大きな病気にかかったことがありますか？ いいえ/はい(病名 )→現在も治療中ですか？ いいえ / はい</p> <p>☆下記のアレルギー疾患を指摘されたことはありますか？ いいえ / はい 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー( )</p> <p>☆今までお薬・注射などで発疹がでたり、気分が悪くなったことがありますか？ いいえ / はい (薬名 ) (症状 )</p> <p>☆現在、お薬を飲んでいますか？ いいえ / はい (薬名 )</p> <p>☆お酒は飲みますか？ いいえ / はい</p> <p>☆たばこは吸いますか？ いいえ / はい (一日 本)</p> <p>☆どのようにしてこのクリニックをお知りになりましたか？ ※必須 インターネット( 当院HP / 病院検索サイト / ひまわり(東京都医療機関案内サービス) /  / 口コミサイト / グーグル / ヤフー )</p> <p>知人の紹介 ( ) 家族の紹介 ( ) 役所・保健所からの紹介 他院からの紹介 ( ) 家(職場)から近い クリニック前看板 駅構内看板 バス音声 その他 ( )</p>		
<p>《女性の方にお尋ねします》</p> <p>* 妊娠していますか？ いいえ / はい ( 週)</p> <p>* 授乳中ですか？ いいえ / はい</p> <p>* 周期は規則正しいですか？ いいえ / はい</p> <p>* 生理の初経・閉経の時期をお答えください 初経 才 / 閉経 才</p>		