

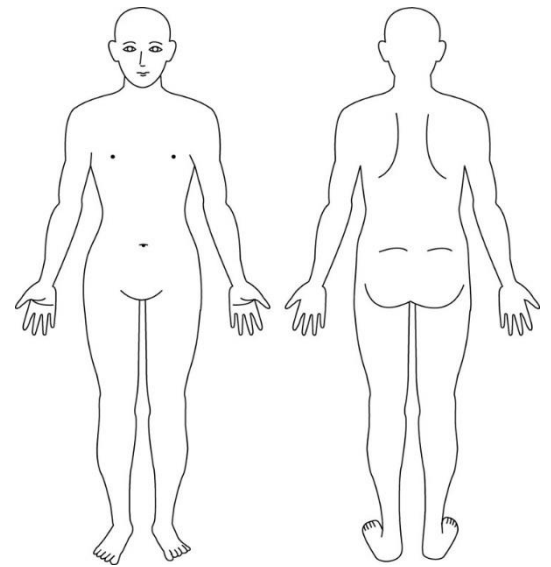
新規ご登録 & 問診票 (皮膚科)

(ふりかな)	男	生年月日		歳
お名前	女	明・大・昭・平	年 月 日	
住所	〒 -			
電話番号	自宅		携帯	
アレルギー有無	食べ物・薬 ある(具体的に:)・なし			
お子様のみ	身長	cm	体重	kg

< 本日の症状について >

1. 今回はどのような症状でご来院になりましたか？

かゆい 痛い かさかさ 水虫 いぼ
虫さされ できもの にきび 脱毛
その他 ()



2. 症状が出ているところを右の図で示してください。

3. その症状はいつ頃からですか？ _____ から

また、その症状に関して治療を受けたことがありますか？
(はい 年 月頃 ・ いいえ)

4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 喘息
前立腺肥大症 緑内障 その他 ()

5. 現在、服用中の薬(サプリメント含む)があれば教えてください。

薬のなまえ []

6. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性がある)

現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

7. 当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

- インターネット 看板(袖看板 メトロ) パンフレット バスアナウンス
紹介(家族・知人 _____ 様 他院 _____ ひまわり 会社 学校)
その他 ()

ご記入有難うございます。記載方法についてご質問等ございましたら受付までお尋ねくださいませ。

※ お預かりした個人情報につきましては、診療および診療後の必要時のみ使用いたします。個人情報保護法等の法令に定めのある場合を除き、個人情報をあらかじめご本人の同意を得ることなく、第三者に提供致しません。