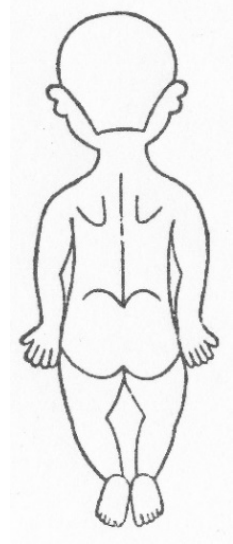
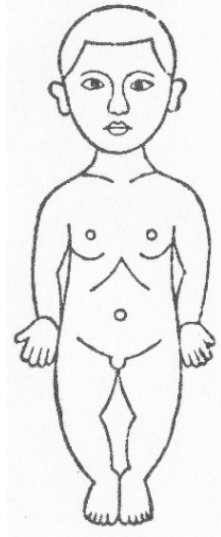


◆◇ ねむのき皮膚科 問診票 ◇◆

フリガナ	性別	男	女
名前	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
住所 〒			
☑携帯 ()	☑自宅	()	

1 どこを診察されますか？ 下の絵にしるしをつけてください。



2 いつ頃から、どんな症状がでましたか。他で治療をうけましたか。

*レーザー治療、ピアスを御希望の方は、レーザーあるいはピアスとお書き下さい。

3 いままでに大きな病気をされたり、治療中の病気はありますか。 **ある ・ ない**

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 肝炎 ・ 緑内障 ・ 花粉症
その他 ()

飲んでいる薬 ()

*薬手帳を持参の方は、内服薬の記載は不要です。

4 いままでに薬剤のアレルギーはありますか。

ある (薬剤名) ・ **ない**

5 妊娠中あるいは授乳中の方へ： 妊娠 _____ 週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

6 当院を何でお知りになりましたか。

インターネット ・ 家族が通院 ・ 知人の紹介 ・ 看板 ・ 電話帳 ・ その他 ()