

No. _____

原宿駅前皮膚科問診票

令和 年 月 日

※日本橋室町皮ふ科に通院歴のある方、**労災になる可能性のある方** は受付へお申し出ください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	※住所は、医師法施行規則第 23 条で診療録に記載することが義務付けられています。 「正しく」記載ください。	
ご住所*	〒 - 連絡先(携帯電話など) - -		

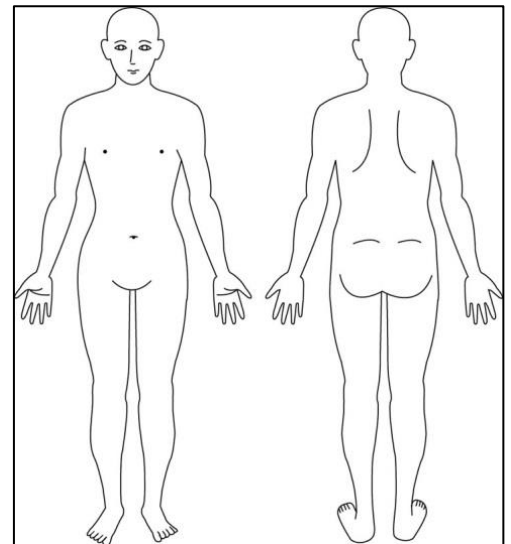
1. いつからどのような症状がありますか？患部に○をつけて下さい。

①いつから：()

②症状：かゆい 痛い 赤い 腫れ かさかさ にきび 赤ら顔
 皮膚のできもの いぼ ほくろ 脱毛 多汗 巻き爪
 水虫 やけど ケガ その他 ()
 アレルギー検査(血液検査、パッチテスト) 花粉症治療希望

★自費診療をご希望の方：いぼ しみ しわ 薄毛 美容注射

★施術したいメニューが決まっている方⇒ ()



2. 上記の症状で、治療を受けたことがあれば内容を教えて下さい。

()

3. 現在、ほかに治療中のご病気はありますか？ (あり・なし)

病名() 薬()

↑お薬手帳をお持ちでしたら記載不要です。手帳をお見せ下さい。

4. 既往歴はありますか？ (あり・なし)

アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 肝疾患 腎疾患 肺疾患 膠原病
 前立腺肥大 緑内障 B型肝炎 C型肝炎 HIV 輸血 その他()

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

「あり」の場合 → 薬・食べ物の名前()

6. <女性の方> 現在、妊娠中・授乳中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中(妊娠 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中

7. 当院を何でお知りになりましたか？

当院 Web Google 検索 Instagram 通りがかり 知人紹介 家が近い 職場や学校が近い

8. 診察前にクリニックへ伝えておきたい事・情報があればお書きください。

()