

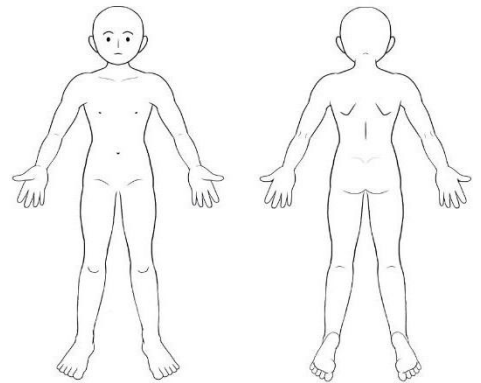
二子玉川テラス皮ふ科問診票

No. _____
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒	
電話番号		体重(15歳未満の方) kg

1. いつから、どこに、どのような症状がありますか。

- ① いつから (_____ 日・カ月・年) 前から
- ② 症状：痛い・かゆい・赤い・腫れ・ぶつぶつ・皮膚のできもの・
 けが・やけど・にきび・みずむし・爪・脱毛・ほくろ・しみ・
 たるみ・しわ
 その他症状・希望の施術 (_____)
- ③ 右図に、患部を○などで示してください。
- ④ 思い当たる原因はありますか？
 (_____)
- ⑤ 上記の症状に対し受けたことがある治療があれば、治療内容や
 薬を教えてください。
 (_____)



※以下確認後チェックをお願いします。

・保険診察時に自由診療の診察もした場合、別途カウンセリング初診料 1100 円がかかります。□

※診療明細書は必要ですか？ (はい・いいえ)

※労災ですか？ (はい・いいえ)

※マイナ保険証をお持ちの方：マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

2. 現在、他に治療中の病気や既往・アレルギーはありますか？具体的に教えてください。

(_____)

3. 現在、使用中の内服薬、外用薬を教えてください。(_____)

4. 現在他の医療機関に通院している場合、以下教えてください。

医療機関名：(_____) 受診日：(_____)

治療内容：(_____)

5. この1年で健康診断(特定検診、高齢者検診など)を受診しましたか？ (はい・いいえ)

検診で指摘された内容 (_____)

6. 女性の方にお聞きします。

妊娠中 (_____ カ月)・妊活中または妊娠の可能性がある・授乳中・妊娠していない

7. 当てはまるものを教えてください。

便秘・睡眠不足・生理不順・栄養バランスの悪い食事・喫煙

8. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(複数可)

ホームページ・お住まいが近い・職場が近い・駅の看板・ご家族やご友人からの紹介
 他院からの紹介 (_____)