

# 初診申込み・問診票

年 月

ID :

ふりがな	大・昭・平				
氏名	男・女	生年月日	年	月	日 ( 歳)

〒	—	電話 (携帯)
住所		電話 (自宅)

※未成年の方のみ記入

保護者氏名	保護者電話番号
-------	---------

【当クリニックをどこで知りましたか？】

家族・知人の紹介      バス・電車車内広告      他の医療機関からの紹介(病院名\_\_\_\_\_)

インターネットで検索      家や職場が近かった      タウン誌で見た(湘南リビング・鎌倉プレス)

その他( \_\_\_\_\_ )

医師の希望があればお書き下さい

○どちらの科をご希望ですか？

一般皮膚科    ・    美容皮膚科

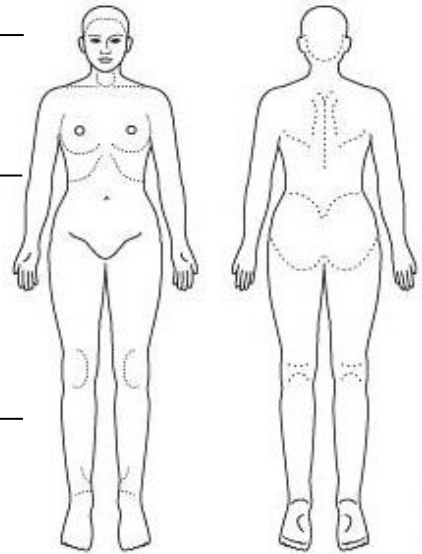
○今日はどうされましたか？ (美容相談の方はご要望をお書き下さい 例：シミ取りレーザー・ピアスの穴開けなど)

\_\_\_\_\_

・ いつごろからですか？

\_\_\_\_\_

・ どの部位ですか？右の絵に○を付けて下さい →



○今までに大きな病気、手術をした、または現在治療の病気はありますか？

ない    ・    ある

○現在飲んでいるお薬はありますか？

ない    ・    ある

○アレルギーはありますか？

ない    ・    ある

(喘息    ・    花粉症    ・    アトピー性皮膚炎    ・    アレルギー性鼻炎    ・    アレルギー性結膜炎    ・    金属アレルギー )

薬のアレルギー(薬の名称\_\_\_\_\_ )      その他 ( \_\_\_\_\_ )

○嗜好品    タバコを吸う    ・    アルコールを飲む

○女性の方へ    現在妊娠していますか？

している    ・    していない    ・    わからない    ・    授乳中

○その他なにかあればご記入下さい

※最後までご記入ありがとうございました。書き終わりましたら受付にお出し下さい。