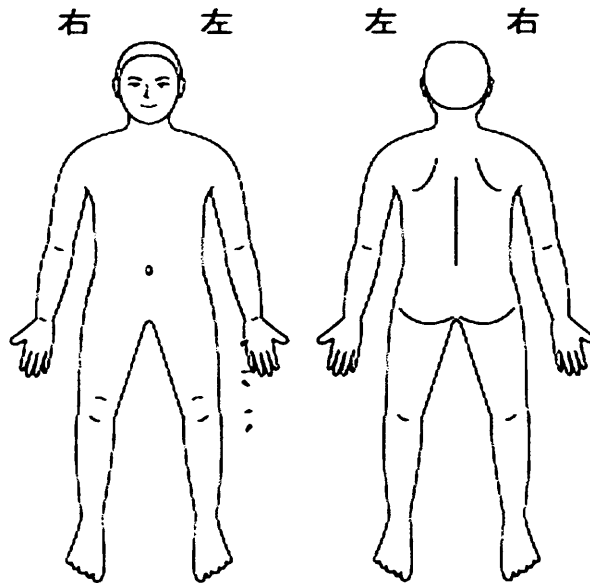


【問診票】

受診日：平成 年 月 日

フリガナ	性別	体重	生年月日
お名前	男・女	お子様は必ずご記入ください kg	大正・昭和・平成 (歳) 年 月 日生
住所 〒		TEL (日中連絡がつきやすい番号)	※お薬手帳がある方は受付時に 問診票と一緒にお願いします。

1. 皮膚の症状がある部位すべてに○をつけ、どのような症状かを詳しく記入してください。



痛い・かゆい・カサカサ・その他 ()

2. いつ頃からですか？ ()

3. きっかけはありますか？(ない・ある)→ ()

4. この症状で今までに治療を受けましたか？または症状がでて何か薬を使いましたか？

(いいえ・はい) 「はい」の方→病院名 ()

処方されたことのある薬、症状がでて使ったお薬など ()

5. 薬や注射・消毒液でアレルギー反応が出たことはありますか？(いいえ・はい)

「はい」の方→薬の名前 () どんな症状ですか？ ()

6. 現在服用中、または使用している薬はありますか？(いいえ・はい)

「はい」の方→必ずお薬手帳をご提出ください。

6. 女性の方へ 妊娠中・妊娠の可能性・授乳中ですか？

妊娠 (いいえ・はい カ月)

授乳 (いいえ・はい カ月)

※裏面へ→

名前 () 様

7. 当院では遠方の方、通院が難しい方にオンライン診療を行っております。ご興味はありますか？

(いいえ・はい)

8. 当院では自費診療（保険対象外）を行っております。何かご興味はありますか？

しみ・肝斑・そばかす・しわ・たるみ・部分痩せ・ニキビ跡・毛穴・脱毛・ほくろ・まき爪

薄毛・抜け毛・プラセンタ注射・美容注射・にんにく注射・高濃度ビタミンC点滴

血液クレンジング療法・注腸オゾン療法・ドクターズコスメ・遺伝子検査

9. 自費診療について説明・費用をききたい、カウンセリングをうけたい。(いいえ・はい)

「はい」の方は、自費部門（メディカルスパ）スタッフより説明いたします。

10. 当院を初めて受診される方へ

当院にご来院されたきっかけは？（当てはまるものに○、またはご記入ください）

家族・親族の紹介 () 様・知人からの紹介 () 様

病院からの紹介 () 病院

ホームページを見て・フェイスブックをみて・ブログをみて・インターネットタウンページをみて

その他 ()

問診票のご記入ありがとうございました。問診票はお薬手帳と一緒に受付時にお渡しく下さい。

山本メディカルセンター 形成外科・皮膚科