

診察申込・問診票

No.

年 月 日()

ふりがな			
氏名			男 女
住所	〒		
生年月日	昭和・平成・令和 ()	年	月 日
電話番号	自宅	携帯	



該当する項目に☆をつけてご回答ください。

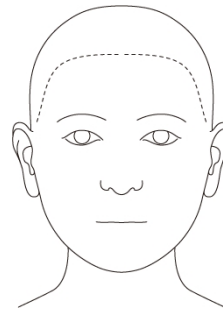
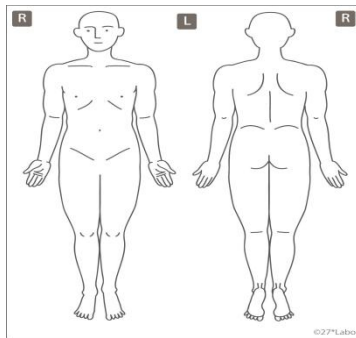
●お悩みがあるのはいつからですか？

() 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

●どのような症状ですか？

しみ・そばかす・肝斑 ほくろ イボ できもの にきび にきび跡
 毛穴 赤ら顔 あざ けが やけど しわ・たるみ 多汗 ピアス
 美容注射・プラセンタ その他 ()

●部位はどちらですか？図に印(しるし)をつけてください。



●その症状でこれまで治療を受けられたことがある方はご記入下さい。

()

●現在治療中の病気があればご記入下さい *お薬手帳があれば診察時に提示を御願ひします。

()

●アレルギーをお持ちの方はご記入下さい。

ぜんそく 光線過敏症 薬剤 () 麻酔 ()
 食物 () 金属 () その他 ()

●女性の方のみご記入下さい。現在妊娠中ですか？授乳中ですか？

いいえ 妊娠の可能性あり 妊娠 () ヶ月 授乳中

●今後大切な行事のご予定がある方はご記入下さい。(例：結婚式○月○日 など)

(予定日： 内容：)

●診断や治療(希望の施術名など)に関してご要望があればご記入下さい。

()

★来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ ご家族が通院されている 紹介(知人・病院：)
 看板をみた 広告をみた その他 ()

ご協力ありがとうございました。

東日本橋形成外科 皮ふ科