

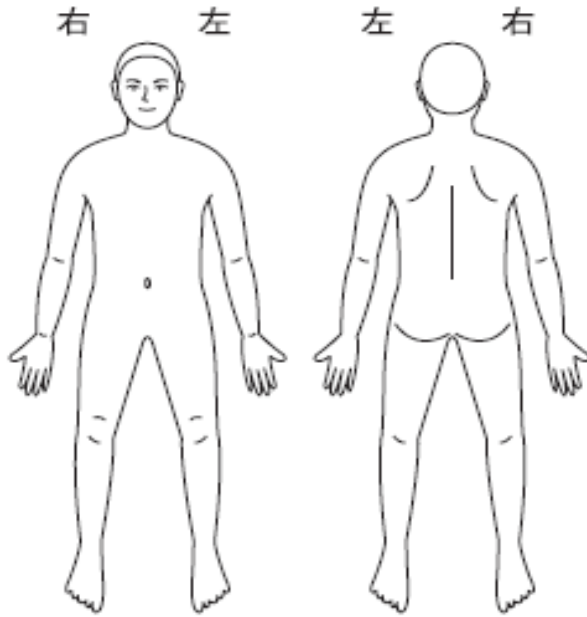
【問診票】

フリガナ	性別	生年月日	体重
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生 (歳)	お子様は必ずご記入ください kg
住所 〒	TEL	(日中連絡がつきやすい番号)	発熱 有・無 (°C)

当院では手術などの外科的処置や美容皮膚科の診察は行っていません。

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。

※山本がイカセンターで治療をされていた方：治療の継続を希望されますか？（いいえ・はい）



《 症状 》

- ・かゆい
- ・カサカサ
- ・痛い
- ・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、治療中または過去にかかった病気はありますか？ (いいえ・はい)

「はい」の方→前立腺・緑内障・糖尿病・高血圧症・肝機能・腎機能

心臓病・脳梗塞・その他 ()

7. 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。

8. 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)

9. 車やバイクの運転をしますか？ (いいえ・はい)