

皮膚科問診票

フリガナ

氏名

年齢 才 男・女

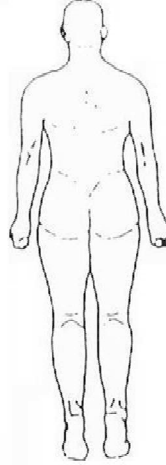
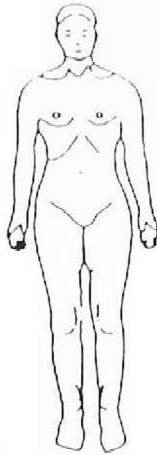
院内でお呼びするときお名前でお呼びしてよろしいですか 名前希望 番号呼び希望

〒 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日

住所

日中ご連絡の取れる電話番号

皮膚病変部位に○をつけて下さい。



該当する症状に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> にきび |
| <input type="checkbox"/> 肌があれている | <input type="checkbox"/> しみ | <input type="checkbox"/> いぼ |
| <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> 毛が抜ける | <input type="checkbox"/> できものがある |
| <input type="checkbox"/> その他[| |] |

体に合わない薬があれば書いて下さい。()

現在妊娠している可能性はありますか？ 有・無 (○をして下さい。)

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？ (○をして下さい。)

- | | | |
|-----------|--------------|----------------|
| 1、インターネット | 2、電柱広告 | 3、当院の看板 |
| 4、他院からの紹介 | 5、チラシ・リーフレット | 6、紹介(家族・職場・知人) |
- (院名: _____)

ご協力ありがとうございました。