

皮膚科問診票

フリガナ
氏名

年齢

才 男 ・ 女

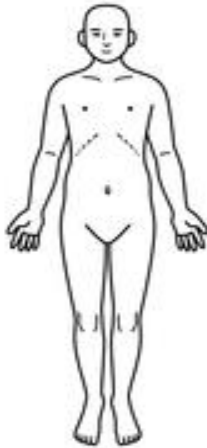
院内でお呼びするときお名前でお呼びしてよろしいですか？ 名前希望 番号呼び希望

〒 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日

住 所

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

- () かゆい () 痛い () にきび
() 肌があれている () しみ () いぼ
() じんましん () 毛が抜ける () できものがある
() 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。)

- () インターネット () 電柱広告 () 当院の看板
() 他院からの紹介 () チラシ/リーフレット () 紹介(家族/職場/知人)
→(院名: _____)

ご協力ありがとうございました