問診票

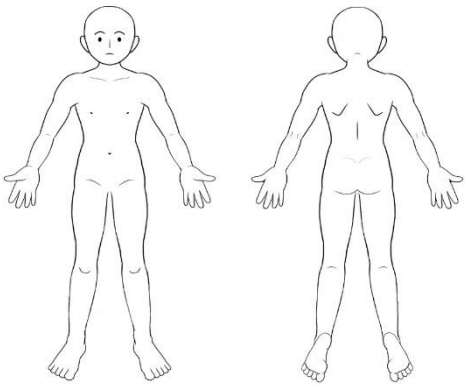
フリガナ		生年月日
氏名	男・女	年　月　日（　歳）
住所	〒	
電話番号		体重(15 歳未満の方)　kg

1. いつから、どこに、どのような症状がありますか。

① いつから（　日・カ月・年）前から

② 症状：痛い・かゆい・赤い・腫れ・ぶつぶつ・皮膚のできもの・けが・やけど・にきび・みずむし・爪・脱毛・ほくろ・しみ・たるみ・しわ
その他症状・希望の施術（　）

③ 右図に、患部を〇などで示してください。



④ 思い当たる原因はありますか？
（　）

⑤ 上記の症状に対し受けたことがある治療があれば、治療内容や薬を教えてください。
（　）

※以下確認後チェックお願いします。
・保険診察時に自由診療の診察もした場合、別途カウンセリング初診料 1100 円がかかります。□
・美容施術の当日キャンセルはキャンセル料がかかります。□

※診療明細書は必要ですか？（はい・いいえ）
※労災ですか？（はい・いいえ）
※マイナ保険証をお持ちの方：マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（はい・いいえ）

2．現在、他に治療中の病気や既往・アレルギーはありますか？具体的に教えてください。
（　）

3．現在、使用中の内服薬、外用薬を教えてください。（　）

4．現在他の医療機関に通院している場合、以下教えてください。
医療機関名：（　）受診日：（　）
治療内容：（　）

5．この１年で健康診断(特定検診、高齢者検診など)を受診しましたか？（はい・いいえ）
検診で指摘された内容（　）

6．女性の方にお聞きします。
妊娠中（　カ月）・妊活中または妊娠の可能性がある・授乳中・妊娠していない

7．当てはまるものを教えてください。
便秘・睡眠不足・生理不順・栄養バランスの悪い食事・喫煙

8.当院をお知りになったきっかけを教えてください。(複数可)
ホームページ・インスタグラム・お住まいが近い・職場が近い・駅の看板・ご家族やご友人からの紹介