

問診票

令和 年 月 日

～はじめて受診される方へ～

フリガナ		男女	生年月日	大昭平令	
名前				年 月 日生	
住所	〒	電話	自宅		
			携帯		
			※必ず全てご記入ください		

本日の受診目的を簡単にお書き下さい。

・しっしん ・かぶれ ・かゆみ ・水虫 ・ヘルペス ・できもの ・水いぼ

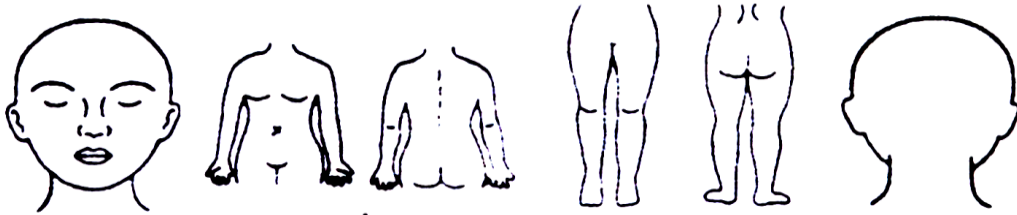
・アトピー、乾燥肌 ・ニキビ ・イボ ・タコ ・ウオノメ ・けが、やけど

・アレルギー検査 ・美容相談（自費） ・その他（ ）

その症状はいつ頃からですか？

年 月 日 頃から

その症状がでている部位に○をつけてください。



現在、他の病院で治療を受けたり服薬中ですか？

・はい（ ） ・いいえ

薬や麻酔、食べ物のアレルギーはありますか？

・はい（ ） ・いいえ

感染症はありますか？（肝炎、梅毒、HIV など）

・はい（ ） ・いいえ

現在、妊娠の疑いがありますか？

・はい（ ） ・いいえ

当院を受診されるきっかけは、

・通りがかり ・近所 ・家族・知人の紹介（ ）様から

・ホームページ

何からアクセスされましたか？

（Yahoo・Google・クリニック検索サイト・その他（ ））

※患者様の個人情報は、当院で提供する医療サービス及び診療費請求の為の事務業務などの関連業務以外の目的で利用することはありません。

大山皮膚科形成外科