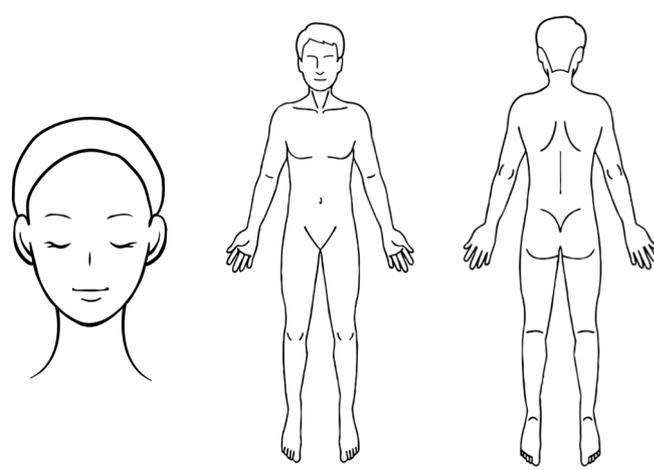


問診票

来院日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日 大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	年 月 日 時 (歳)
ご住所	〒 -		
自宅電話番号		携帯番号	
メールアドレス	@		
ご職業	既婚・未婚・子供あり・子供なし		

1. いつからですか？																							
昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 ()																							
2. どうなさいましたか？ あてはまるものの口にてチェックをお入れください。																							
下記に該当部位を○で囲んでください。																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>保険診療</th> <th>自由診療</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> かゆい</td> <td><input type="checkbox"/> シミ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 痛い</td> <td><input type="checkbox"/> シワ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> できもの</td> <td><input type="checkbox"/> たるみ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> やけど</td> <td><input type="checkbox"/> ピアス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ニキビ</td> <td><input type="checkbox"/> 男性型脱毛</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アトピー</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> じんましん</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脱毛症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 水虫</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	保険診療	自由診療	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> シミ	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> シワ	<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> たるみ	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> ピアス	<input type="checkbox"/> ニキビ	<input type="checkbox"/> 男性型脱毛	<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> じんましん		<input type="checkbox"/> 脱毛症		<input type="checkbox"/> 水虫		<input type="checkbox"/> その他 ()	
保険診療	自由診療																						
<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> シミ																						
<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> シワ																						
<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> たるみ																						
<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> ピアス																						
<input type="checkbox"/> ニキビ	<input type="checkbox"/> 男性型脱毛																						
<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> その他 ()																						
<input type="checkbox"/> じんましん																							
<input type="checkbox"/> 脱毛症																							
<input type="checkbox"/> 水虫																							
<input type="checkbox"/> その他 ()																							
3. その症状についてこれまでに治療を受けたことがありますか？																							
いいえ ・ はい																							
病院名：	薬の名前：																						
治療内容：																							
4. 今回の症状の原因として思い当たる事はありますか？ある場合は記入してください。 (例：薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた など)																							

※裏面のご記入もお願いいたします。

<p>5. アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけてください。 また、薬疹、食物の場合、どんなものにアレルギーがあるのか記入してください。</p>	
<p>無し ・ アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 じんましん 結膜炎 金属 動物 薬疹 () 食物 ()</p>	
<p>その他</p>	
<p>6. ご家族の方にアレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけてください。</p>	
<p>父、母 / アトピー、喘息、鼻炎、花粉症、じんましん 兄弟姉妹 / アトピー、喘息、鼻炎、花粉症、じんましん 祖父母 / アトピー、喘息、鼻炎、花粉症、じんましん 子供 / アトピー、喘息、鼻炎、花粉症、じんましん</p>	
<p>7. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？</p>	
<p>ありません 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 その他 ()</p>	
<p>治療されていますか？</p>	<p>している ・ していない</p>
<p>8. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？</p>	
<p>お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。</p>	
<p>9. 飲酒はされますか？</p>	
<p>全く飲まない 1日に () 程度 ・ 1週間に () 程度 ・ 定期的に飲まない</p>	
<p>10. タバコを吸いますか？</p>	
<p>吸わない 昔は吸っていた (年 × 本/日) 今も吸っている (年 × 本/日)</p>	
<p>11. (女性の方のみ) 妊娠中ですか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ</p>	
<p>12. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(該当する項目全てに○をしてください)</p>	
<p>近所に在住 (通勤 ・ 通学路) ホームページ 広告 知人の紹介 他の医療機関からの紹介 その他 ()</p>	
<p>13. アンケート</p>	
<p>①敏感肌だと思いますか？ はい ・ いいえ</p>	
<p>②どんな症状で敏感肌だと思いますか？あてはまるものに○をつけてください。</p>	
<p>化粧品でヒリヒリなどの刺激がある、かさつく、赤くかゆくなる、摩擦で赤く腫れる、ニキビ、紫外線 その他 ()</p>	