

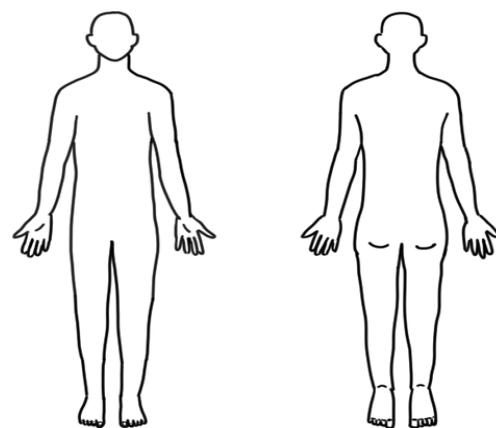
## 問 診 票

フリガナ				性別	男 ・ 女		
お名前							
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日	年齢	満	才
住 所	〒						
T E L	(自宅)			(携帯)			

■今日はどのような症状で来院されましたか？ ○をつけてください。

※症状の部位に○をつけてください。

ほくろ、できもの	巻き爪（ワイヤー治療）	AGA(男性型脱毛)		
かゆみ/湿しん	かぶれ	アトピー性皮膚炎	あせも	タコ/うおのめ
虫刺され	手あれ	おむつかぶれ	水いぼ	やけど
水虫	爪水虫	ニキビ	いぼ	ケガ（傷）
じんましん	帯状疱疹	とびひ	キズあと	労 災
その他 [	※別途書類があります。受付でご相談ください。			
	交通事故			
	※受診前に相手方保険会社をお知らせください			



■いつ頃からその症状がありますか？

( ) 日前 ・ カ月 ・ 年前 から

☆12歳以下のみ 体重 k g

薬や食べ物で体に不調が出たことはありますか？	ない・ある ( )
現在、お薬・サプリメントを飲んでいますか？ ⇒ 右欄に書ききれない場合は、お薬手帳をご提示ください！	ない ある ( )
現在、治療中の病気はありますか？	ない・ある ( )
大きな病気 / 手術をされたことはありますか？	ない・ある ( )
歯科の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？	ない・ある ( )

■女性の方にお尋ねします。

☆妊娠されていますか？ いいえ ・ はい ( 週目) ☆授乳中ですか？ いいえ ・ はい

■当院をお知りになったのは？

インターネット [ HP・検索 ]  他院から  聖マリアンナから  
 電柱広告を見て  前を通って・ご近所  知人・ご家族紹介 [紹介者名: ]

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

同意 ( する ・ しない )