

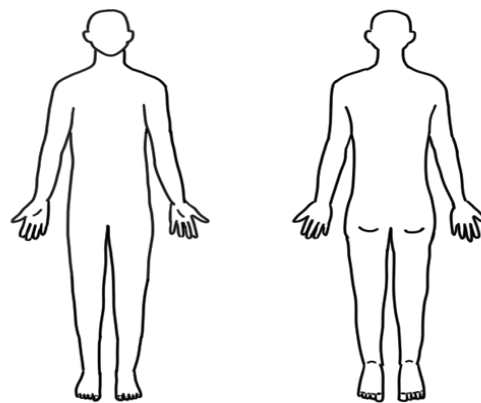
## 問 診 票

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

## ■今日どのような症状で来院されましたか？ ○をつけてください。

ほくろ、できもの		巻き爪（ワイヤー治療）		ケガ（傷）
かゆみ/湿しん	かぶれ	アレルギー性皮膚炎	あせも	やけど
虫刺され	手あれ	おむつかぶれ	水いぼ	タコ/うおのめ
水虫	爪水虫	ニキビ	いぼ	AGA(男性型脱毛)
じんましん	帯状疱疹	とびひ	キズあと	労災 ※別途書類があります。 受付でご相談ください。
その他 [ ]				

## ※症状の部位に○をつけてください。



## ■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 ( )
大きな病気をされたことはありますか？	ない・ある ( )
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     チラシを見て     前を通過して・ご近所     高田皮膚科（高島平）から  
 知人・ご家族紹介 [紹介者名： ]     フットケアラボF百合ヶ丘から