

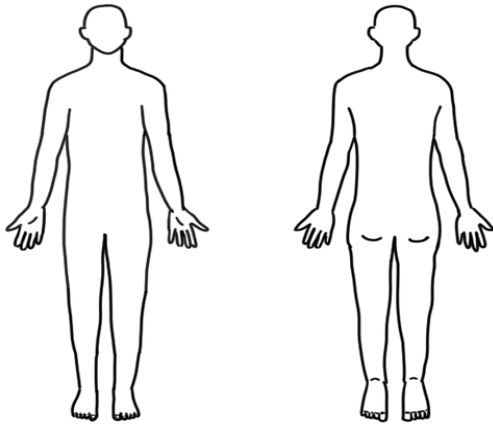
問 診 票

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、皮膚腫瘍、おでき		巻き爪（ワイヤー治療）		AGA(髪の悩み)
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	ヘルペス	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		とびひ		
[]		汗の悩み		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)