

ID :

# 初診申込み・問診票

年 月 日

ふりがな	大・昭・平・令		
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
〒	—	電話(携帯)	
住所		電話(自宅)	
※未成年及び付き添いの方のみ記入			
氏名	電話番号		
(続柄	)		
【当クリニックをどこで知りましたか？】			
家族・知人の紹介 ( 様 )  他の医療機関からの紹介(病院名 _____ )			
クリニックHP SNS  家や職場が近かった  看板  その他 ( _____ )			

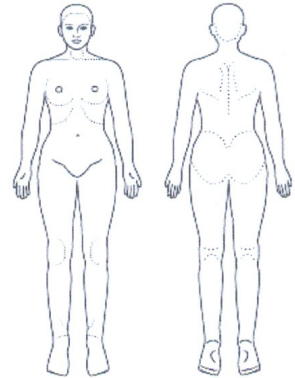
○どちらの科をご希望ですか？

一般皮膚科 ・ 美容皮膚科(別途診療料を頂くことがあります)

○今日はどうされましたか？(美容相談の方はご要望をお書き下さい 例：光治療、ピーリングなど)

・いつ頃からですか？ ・ 仕事中的受傷ですか？ ( はい ・ いいえ )

・ どの部位ですか？右の絵に○を付けて下さい →



○今までに大きな病気、手術をした、または現在治療の病気はありますか？

ない・ある \_\_\_\_\_

○現在飲んでいる薬はありますか？

ない・ある \_\_\_\_\_

○アレルギーはありますか？

ない・ある

(喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 金属アレルギー)

薬のアレルギー(薬の名称 \_\_\_\_\_) その他( \_\_\_\_\_)

・ 診療内容で必要な場合に、アレルギー検査を希望しますか？

する ・ しない

○嗜好品 タバコを吸う ・ アルコールを飲む

○女性の方へ 現在妊娠していますか？

している ( 週 ) ・ していない ・ わからない ・ 授乳中

○漢方治療を希望しますか？

する ・ しない

○診療明細書の不要の方は  にチェックをお入れください  不要

○その他なにかあればご記入下さい

※当院は労災指定医療機関ではございません。業務中のお怪我での受診は自費診療扱いとなります。

※保険証・医療証をスキャンさせていただいております。ご了承下さい。

※最後までご記入ありがとうございました。書き終わりましたら受付にお出し下さい。