

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)
〒	—	住所	電話(携帯) 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？

どここの部位ですか？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？

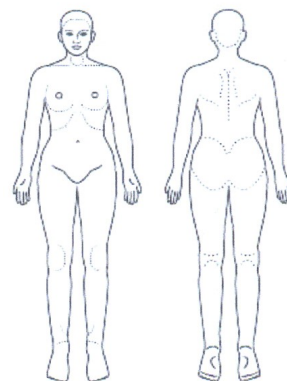
している (週) ・ していない ・ わからない ・ 授乳中

○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 にレ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



※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。