問　診　票

ふりがな		男・女	年　齢	歳	
氏　名		生年月日	T・S・H・R　年　月　日		
住　所	〒（　　－　　）			体　重	kg
電話番号	自宅：　　携帯：			職　業	

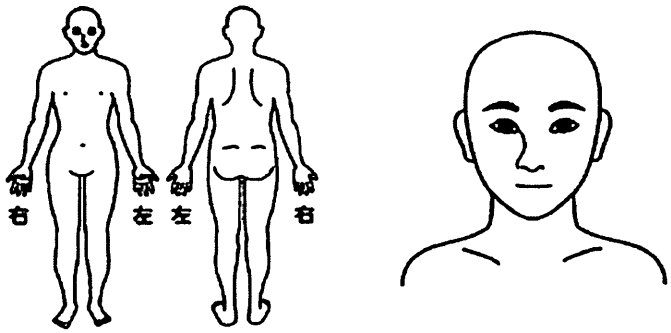
1．症状が出たのはいつごろからですか？

（　　）年（　　）月（　　）日ごろからある。

2. どのような症状ですか？

□かゆい　□いたい　□その他（　　）

3．部位はどこですか？（図に書いて下さい）



4. 上記の症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？　□いいえ　□はい

はいの方　→　病院名（　　）　※お薬手帳があれば

治療（　　）　ご提示願います。

5. 現在治療中の病気はありますか？　□いいえ　□はい

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□喘息　□花粉症

□その他（　　）

6. アレルギーをお持ちですか？　□いいえ　□はい

□薬剤（　　）　□食物（　　）

□その他（　　）

7. 女性の方で該当される方のみご記入ください。

□現在妊娠している（　　ケ月）　□妊娠する予定がある　□授乳中

8. 来院のきっかけは？

□知り合いにすすめられて　□インターネットを見て　□プライムツリーに来てみて知った

□以前から来ている　□看板を見て（どこの？　　）

9. 来院手段は？　（　車・公共交通機関　/　自転車　/　徒歩　）　＿＿＿分

★ニキビ治療の方は2枚目もご記入ください

【自費診療をご希望の方はこちらもご記入ください。】

1. どのような症状に対して診察をご希望されますか？

□しみ　□そばかす　□しわ　□ニキビ跡　□くすみ　□ピアス　□まつげ

□毛穴の開き　□赤ら顔（酒さ）　□男性型脱毛（AGA）

2. どのような治療に興味がありますか？

□外用（トレチノイン、ハイドロキノン、メトロニダゾール）　□内服(肝斑、AGA)

□注射（プラセンタ、にんにく）　□ピーリング

□化粧品（ゼオスキン、ラシャスリップス、セルニュー、高濃度ビタミンC、トラネキサム酸ローション、アスタキサンチン）

赤池エンゼル皮ふ科