

問 診 票

受診日	令和 年 月 日
ふりがな 氏名	(男・女)
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生(才)
住所	〒
電話番号	
体重	kg
職業	

オンラインにより保険証資格確認および検診情報等の照会に同意
(する・しない)

1. 皮膚症状はいつ頃からですか？

だいたい

月

日前から

2. 自覚症状はありますか？

かゆい

いたい

ない

その他

3. 何か治療はしましたか？

はい

いいえ

4. 今あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい

いいえ

5. 今までに薬でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい

いいえ

6. 今何か薬を飲んでいますか？

はい

いいえ

7. 当医院を何で知りましたか？

インターネット・広告、看板()・電話帳・紹介()

8. 女性の方に

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

はい

現在

週目

いいえ