問　診　票

初診日（　　）

フリガナ	男 ・ 女	歳	No.
お名前	生年月日（M. T. S. H）　年　月　日		診察前の体温　度　分

〒　　ー

ご住所

↓緊急時の為に、できればご連絡先は複数ご記入下さい。↓
自宅もしくは、携帯電話をお持ちでない方は「×」印をお願いします。

自宅TEL番号	携帯TEL番号

緊急時のご連絡先は？（自宅のみ可・携帯のみ可・どちらも可）　LINE登録（未・済）

（メールアドレス　もしくは　FAX）

①本日は右記のいずれをご持参いただきましたか？□健康保険証　□マイナンバーカードの保険証（以下マイナ保険証

②マイナ保険証受診の方にお尋ねいたします。あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

□同意していない　　□同意した

③　今までに下記の病気にかかったり、手術をしたことがありますか？

アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ その他（　　）

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・手術（　　年　　月　病名　　）

④親族の中に、③でたずねた病気にかかった方がいますか？

□いない　　□います（病名：　　）

⑤現在、他の医療機関から処方された薬などがありますか？

□ある　□ない（薬剤：　　）（投薬期間　　年　月ごろから）

⑥本日はどのような症状で来院されましたか？　**必ずご記入下さい！！**

部位(場所)→　　症状→

⑦当院を何でお知りになりましたか？

a. 公式ホームページ　b. 検索サイト（　　）c.その他（　　）

d. 知人の紹介　　様 e. 医師の紹介　　病院　　科　　先生　紹介状：有 ・ 無

⑧下記の該当する項目（はい・いいえ）に ✔ をしてください。	はい	いいえ
1.　食べ物や飲み物でじんましんやしっしんができたことがありますか？		
2.　薬や食べ物など、アレルギーはありますか？		
3.　注射や薬で、じんましんが出たり、気分が悪くなったことはありますか？		
4.　麻酔（歯科なども含む）を受けて気分が悪くなったことがありますか？		
5.　麻酔が効かない、効きにくいと言われたことがありますか？		
6.　あなたはアルコールを飲みますか？		
7.　あなたはタバコを吸いますか？		
8.　あなたは現在妊娠中ですか？又は可能性がありますか？（女性のみ）		

9. かかりつけ薬局がありますか？　1. ある　2. ない（1の方は薬局名をご記入ください）

薬局名（　　薬局　　店）TEL（　　）　－

④　興味のある治療があれば、○で囲んでください。　医師に直接ご相談ください。

●ほくろを取りたい　●傷　跡　●あ　ざ　●赤ら顔　●いぼ

●静脈瘤について　●多汗症　●わきが　●おでき　●頭皮について　●AGAについて

●しみ・そばかす　●にきび治療　●レーザー脱毛　●タトゥーを消したい

●手　術（二重まぶた・しわとり）　●ピアス　●敏感肌化粧品

●美肌治療（ケミカルピーリング ・ イオン導入 ・ 美白クリーム ・ BOTOX注射・化粧品など）

CP用（　　）

問　診　表

初診日

フリガナ	（　男 ・ 女　）	歳
お名前	生年月日（M. T. S. H）　年　月　日	
〒　　－ ご住所		
自宅TEL	携帯TEL番号	
（メールアドレス）	（お忘れ物があったときなどの緊急の時の為にご記入下さい）	

①当院を何でお知りになりましたか？

a. ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　b. ぱど　c. ﾀｳﾝﾍﾟｰｼﾞ　d. 104案内　e. その他（　　）

f. 知人の紹介　g. 医師の紹介　病院　科　先生

②下記の該当する項目（はい・いいえ）のいづれかに〇印をつけて下さい。

1. 過去にケミカルピーリングの経験はありますか？
   A. はい　B. いいえ

2. 1. で、「はい」と答えた方にお伺いします。
   ①それはどこで行いましたか？
   クリニック ・ エステサロン ・ その他（
   ②いつからいつまで行いましたか？何回くらい行いましたか？
   （期間:　　）（回数:　　回 ）
   ④ケミカルピーリングの種類は何でしたか？
   フルーツ酸（グリコール酸など） ・ その他（

3. 今までに、下記の病気にかかったことがありますか？
   A. はい（ヘルペス・やけど・その他皮膚疾患（　　）　B. いいえ

4. 現在、お薬を飲んでいますか？
   A. はい（薬名:　　）B. いいえ

5. 食べ物や飲み物で皮膚にじんましんや発疹ができたことがありますか？
   A. はい（具体的に:　　）B. いいえ

6. 注射や薬で、じんましんや気分が悪くなったことがありますか？
   A. はい（具体的に:　　）B. いいえ

7. なにかアレルギーがありますか？
   A. はい（具体的に:　　）B. いいえ

8. 敏感肌と言われたことがありますか？
   A. はい（具体的に:　　）B. いいえ

9. 最近、顔の毛剃り・脱毛、または手術をしましたか？
   A. はい（いつ頃:　　）B. いいえ

10. 女性のみお答え下さい。現在妊娠されていますか？
    A. はい　B. いいえ

11. 女性のみお答え下さい。現在授乳中ですか？
    A. はい　B. いいえ

（DDまっぷホームページより印刷）

しんおおさかクリニック