

＝問 診 票＝

令和 年 月 日

ふりがな.....

性別：男・女

氏名：.....

年齢 歳 体重 k g

生年月日：大正・昭和・平成・令和

年 月 日

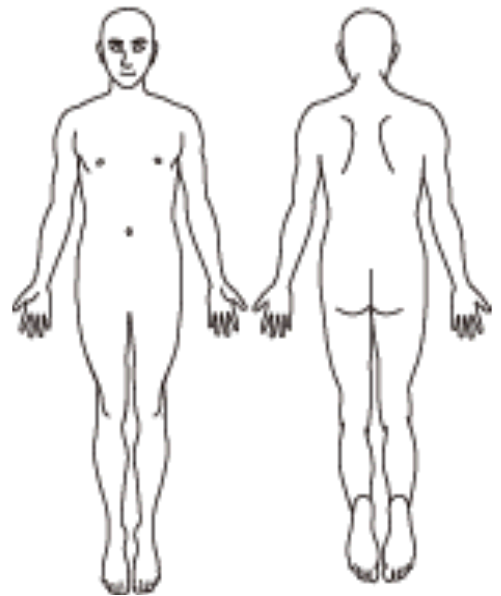
〒.....

住所：.....

電話番号：..... 携帯番号：.....

本日はどうされました？症状の部位（絵）に必ず○を付けてください。

- ・かゆい
- ・痛い
- ・できもの（イボも含む）
- ・虫刺され
- ・ニキビ
- ・ほくろ ・あざ ・シミ
- ・けが（原因：）
- ・やけど（原因：）
- ・その他（）
- ・水虫 ・うおのめ
- ・抜け毛
- ・ピアス：右 個 左 個  
（耳たぶ・軟骨・トラガス）
- ・レーザー脱毛の相談
- ・タトゥー除去の相談



いつ頃からですか？  
（.....）

生まれつき・生後間もなく

※※以下の項目はなければ「ない」に○を付けて下さい※※

今回の症状で使っている薬はありますか？（分かれば薬の名前もお願いします）

・ない ・ある（.....）

今現在、治療中の病気はありますか？（病名、薬の名前もお願いします）

・ない ・ある（.....）

アレルギーはありますか？

・ない ・ある（.....）

歯医者さんなどで麻酔の注射をしたことはありますか？

・ない ・ある ⇒その時異常はありましたか？（なし・あり）

【これより下は女性の方のみ記入】

妊娠している可能性はありますか？ ・ない ・ある（.....ヶ月）

現在、授乳中ですか？ ・いいえ ・はい お子さんの年齢（.....歳.....ヶ月）