

美容・形成外科問診表

20 年 月 日

フリガナ		住 所	〒 —
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	平成・昭和 年 月 日 大正・明治 (才)	電話番号	() —
		携帯番号	— —

※自費診療につき、初診時 3300 円、再診の都度 550 円を診察料として頂いております。ご了承ください。

※診察の参考に使用させていただきますので、ご記入お願いいたします。

1. どのようなお悩みで受診されましたか？

2. 上記 1 の項目について今まで治療を受けたことはありますか？

なし ・ ある（医療機関名： ）

3. 今回来院されたきっかけは何ですか？

- ・ ホームページ
- ・ 紹介
- ・ 院内掲示、保険診療から
- ・ その他

4. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

- ・ ない
- ・ 花粉症（アレルギー性鼻炎）
- ・ 喘息
- ・ じんましん
- ・ アトピー性皮膚炎
- ・ 胃潰瘍
- ・ 高血圧
- ・ 高脂血症
- ・ 糖尿病
- ・ 不整脈
- ・ 狭心症
- ・ 心筋梗塞
- ・ 脳梗塞
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ その他（病名は？： ）

5. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある（お薬の名前： 副作用： ）
（アレルギー： ）

6. 現在、内服中のお薬はありますか？○をつけてください。

なし ・ ある（お薬の名前： ）

7. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。その他何かご要望などがあればお書きください。