

問診票

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年　月　日（　歳）
ご住所	〒（　　　-　　　）				
連絡先	eメール	@	携帯電話（　　　-　　　-　　　）		
緊急連絡先	氏名もしくは勤務先			携帯電話（　　　-　　　-　　　）	

※現在服薬中の方は受付までおくすり手帳または内容わかるもの必ずお出しください。

※ 今回のご相談内容はいくつありますか？

スムーズな診療のため、まず今回のご相談内容の数をお知らせください。

☐ 1つ ☐ 2つ ☐ 3つ以上 ()

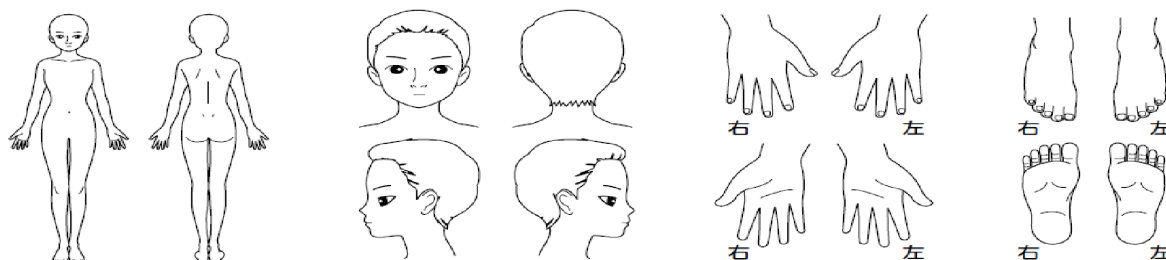
*いつから、どんな症状がありますか？ 小児の方→ 身長: cm 体重: kg

① 症状・部位 いつから ()

② 症状・部位 いつから ()

③ 症状・部位 いつから ()

部 位: (下の図に①~③で印を付けて下さい)



*現在使用している薬はありますか？ ☐ はい（薬品名： ） ☐ いいえ

*ホルモン剤・ピルの内服はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

*ほかの医療機関を受診しましたか？ ☐ はい（医療機関名： ） ☐ いいえ

*今後の診察や治療に関して、聞いておきたいことや希望することはありますか？

$$\left(\frac{1}{\sqrt{\pi}} e^{-x^2} \right)$$

*今までかかった病気や受けた治療はありますか？現在治療中のものも含めてご記入ください。

☐ アトピー性皮膚炎	☐ アレルギー性鼻炎(花粉症)	☐ 喘息
☐ 糖尿病	☐ 心臓病	☐ 高血圧
☐ 胃潰瘍	☐ 肝疾患	☐ 腎疾患
☐ 膠原病	☐ 前立腺肥大	☐ 緑内障
☐ 輸血	☐ 手術()	☐ その他()

*薬や食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか？

(ある・ない) 薬、食べ物、名前()

*〈女性の方へ〉現在、妊娠中・授乳中ですか？また妊娠の可能性はありますか？

☐ 現在妊娠している(カ月) ☐ 授乳中 ☐ 妊娠可能性あり ☐ 妊娠可能性なし

***家族の方でアレルギー疾患の方はいらっしゃいますか？**

□アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎(花粉症) □喘息 □その他()

→裏面のご記入もお願いいたします。

*何を見て当院を知りましたか？

☐ファミリア皮膚科長町の方に通院したことある→(長町院で担当した医師_____先生)

☐知人・家族の紹介(ご紹介者のお名前_____さん 関係性:_____)

※ご紹介カード ☐あり ☐なし

☐当院のInstagramをみて ☐チラシをみて ☐バス車内放送をきいて

☐のぼり旗をみて(サンデー駐車場)

☐看板をみて(サンデー駐車場の出口前) ☐②看板をみて(荒井) ☐看板をみて(西友前)

☐Google.Yahoo!キーワード検索(_____)←検索した言葉を教えてください

☐その他(_____)

*ご来院手段を教えてください。

☐車 ☐電車 ☐自転車 ☐徒歩 ☐その他(_____)

*ご自宅から当院までの所要時間を教えてください。

☐15分未満 ☐30分未満 ☐60分未満 ☐60分以上

《個人情報の取り扱いについて》

上記の個人情報の文言は、当院診療に関わる事以外の利用や第三者への提供は一切ございません。

《お得な情報のお知らせ》

クリニックのLINE・公式アプリです。

お得なクーポンやキャンペーン情報、休診のお知らせをいち早くお届けします。

この機会にぜひご登録ください。

※LINEアカウントからのポイント配布は終了しましたので、来院ポイントはアプリをお持ちの方のみのご案内となります。

【LINE公式アカウント】



予約開放のタイミングを最速でお知らせします。
お友達登録で当日から自費施術に使える1000円クーポンGET♪
※自費のお会計の合計が5000円以上でご利用いただけます。

【クリニック公式アプリ】



iPhone



Android

ご来院ごとにポイントが貯まる！
貯まったポイントはクーポンと交換できます。
クリニックに関する情報を掲載してます☺

問診票のご記入ありがとうございました。