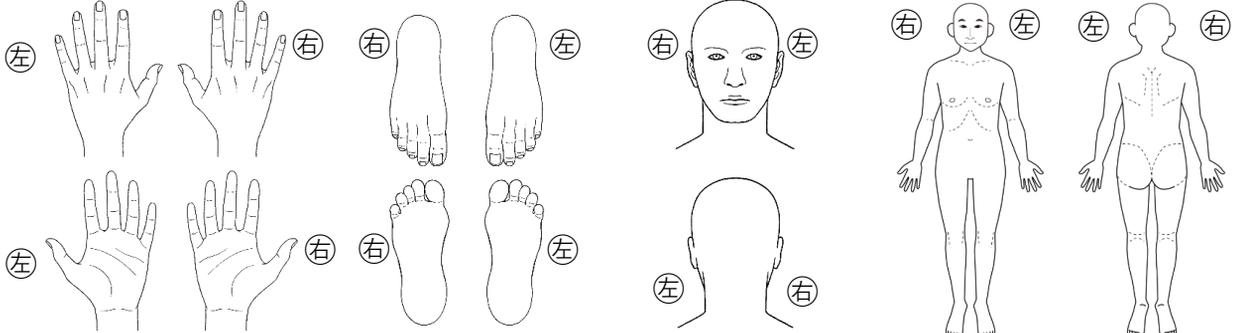


たしま皮膚科形成外科問診票

フリガナ			〒	-
氏名	男・女	住所		
生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和・大正 (才)	電話番号 携帯番号	() - - -	
		体重		Kg

※診察の参考に使用させていただきますので、過不足なくご記入お願いいたします。記入ない場合は診察できない場合があります。
 ※当院では保険診療と自費診療を同日に診察することは行っていません。【混合診療禁止のルール】
 ※自費診療の場合は、初診時2200円、再診の都度1100円を診察料として頂いております。ご了承ください。

1. 症状のある部位はどちらですか？下記イラストの該当箇所に○をつけ、症状を教えてください。



{ けが ・ やけど ・ できもの ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ 痛み ・ にきび ・ いぼ }
 その他 () ・ 紹介状持参

2. いつごろから症状がありますか？いずれかに数字を記入してください。

日前から 週間前から 月前から 年前から 年 月 日から

3. 他の病院などを受診しましたか？また、なんと言われましたか？

なし ・ ある (医療機関名:) (受診結果:)

4. 今までに麻酔を使用したことがありますか？※歯科での麻酔も含む

なし ・ ある (傷病名:) (医療機関:)

5. 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。

なし ・ ある (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?:))

6. 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 (アレルギー: 副作用:)

7. 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:)

8. 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

9. ステロイド外用薬を使用することについて、どのように考えていますか？

・ 特にこだわらない ・ よくわからない ・ できるだけ使いたくない ・ 絶対使わない

10. マイナ保険証による診療情報取得に (同意する ・ 同意しない)

11. この1年で特定検診・高齢者検診を受診されましたか はい ・ いいえ

12. 今まで美容皮膚科・美容外科で治療を受けたことはありますか？

なし ・ ある (医療機関名:)

レーザー治療 (トーニング、シミ取りレーザー、炭酸ガスレーザー、その他)

ボトックス、ヒアルロン酸注入、ピーリング、ダーマペン、ポテンツァ、ハイフ

その他 ()