

ID:

問診票

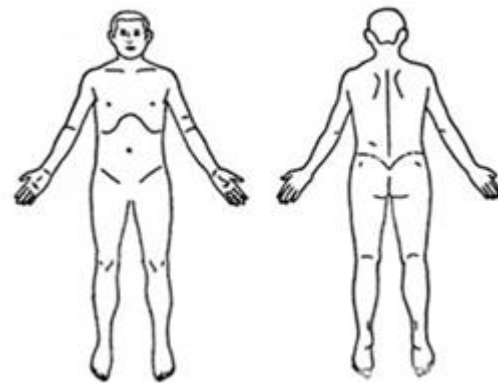
年 月 日

フリガナ		住 所	〒	—
氏 名	男 ・ 女			
生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和・大正 (才)	携帯電話	()	—
		固定電話	()	—
体重	子どものみ 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。

1. 今日はどうされましたか？

しっしん かぶれ かゆみ できもの 乾燥 アトピー 赤ら顔
 ニキビ・ニキビ跡 水虫 ヘルペス いぼ うおのめ たこ
 シミ 肝斑 ほくろ 毛穴 薄毛 栄養解析
 その他 ()



ご希望の治療や施術はありますか？

いいえ はい (施術名)

2. 症状のある部位はどちらですか？

右記イラストの該当箇所に○をつけ、症状を教えてください⇒

3. それはいつごろからですか？

(から)

4. 今回の症状で他の病院などを受診しましたか？その時何と言われましたか？

なし ある (医療機関名:)
 (受診結果: 処方:)

5. 現在治療中もしくは過去に治療を受けたことのある病気はございますか？

なし ある (病名:)

6. 現在、内服中のお薬・サプリメントはありますか？

なし ある (お薬:)
 (サプリメント:)

7. 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？

なし ある (アレルギー: 副作用:)

8. 今回治療するにあたり、どのように望まれますか。

保険治療のみ 自費治療でも構わない ホームケアについても相談したい

9. 当院ではあらゆる症状に対して、体の内面からのアプローチが大切だと考えております。その観点から、食事指導や医療用サプリメントを用いた栄養療法を行っております。ご興味はございますか？

はい いいえ 話を聞いてみたい

10. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？

いいえ 妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中

11. 当院をどのようにお知りになりましたか？

通りすがり 当院ホームページ Google 検索 病院検索サイト ()
 SNS (インスタグラム) ご紹介 (様) その他 ()

ご協力ありがとうございました。

医療法人ミント会 皮フ科かわさきかおりクリニック

2024.07~