

< 問診票 >

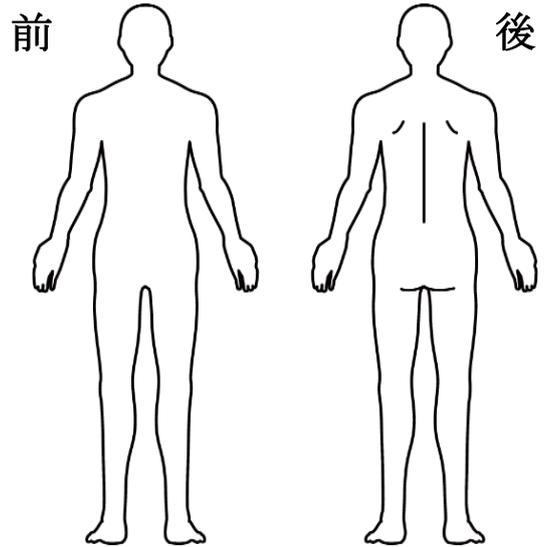
ID()

フリガナ		(大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)	
氏 名		年	月
男 ・ 女		(日生 才)	
住 所	〒	身長	cm 体重 kg
		電話	- -

1. 症状がある部位に○印をつけてください → (顔・髪・美容の方は裏面にもご記入ください)

2. 具体的な症状に✓マークをご記入ください

<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> カサカサ
<input type="checkbox"/> ピリピリ	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> いぼ
<input type="checkbox"/> 虫刺され	<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> 腫れ
<input type="checkbox"/> 抜け毛	<input type="checkbox"/> 脱毛希望	<input type="checkbox"/> ほくろ
<input type="checkbox"/> シミ	<input type="checkbox"/> そばかす	<input type="checkbox"/> 爪の病気
<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> その他 ()	



3. いつ頃からですか ()

4. その症状で他院を受診されましたか はい(病院名) いいえ

5. 該当する箇所に✓マークをご記入ください 下記の欄に該当なし

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 胃腸病	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
<input type="checkbox"/> 花粉症	(アレルギー性鼻炎)		<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 手術歴あり (病名)	<input type="checkbox"/> 入院歴あり (病名)			

6. 通院中の方は、病院名をご記入ください 病院名()

7. 現在、服用中の薬はありますか はい いいえ
 ※はいの方 → (薬名)

8. お薬手帳を持参されていますか はい (お薬手帳を受付に渡してください)
 いいえ (7番に薬名をご記入ください)

9. 薬や食べ物でアレルギーや発疹が出たことがありますか はい いいえ
 ※はいの方 → それほどのような薬や食べ物ですか ()

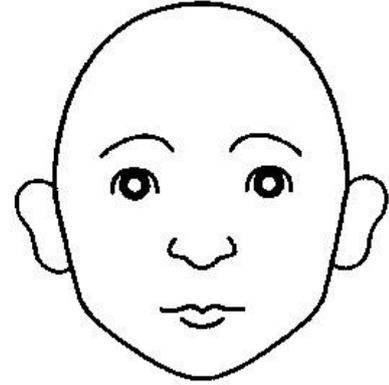
10. 女性の方のみご記入ください
 妊娠の可能性がある 妊娠中(ヶ月) 授乳中 あてはまらない

< 顔の方 >

1. 症状がある部位に○印をつけてください →

2. 具体的な症状に✓マークをご記入ください

<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> かさつき	<input type="checkbox"/> できもの
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 赤み	<input type="checkbox"/> しみ
<input type="checkbox"/> くすみ	<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> にきび痕
<input type="checkbox"/> 黒ずみ	<input type="checkbox"/> 毛穴	<input type="checkbox"/> しわ
<input type="checkbox"/> たるみ	<input type="checkbox"/> その他()	



(顔の方は、メイクを落として頂きます)

3. それはいつ頃からですか

- 数日前 数週間前 数か月前 数年前 5年以上前

4. 今までに治療やお手入れをしたことがありますか

- はい → (病院 エステ 売薬・化粧品(商品名)
 いいえ

5. 症状によって自費(保険外)の適応となります。希望額があれば、ご記入ください

- 1万円/月 3万円/月 5万円/月 特に気にしない

< 毛髪の方 >

1. いつ頃から脱毛や薄毛が気になり始めましたか

- 数日前 数週間前 数か月前 数年前 5年以上前

2. 気になる部分はどちらですか 生え際 頭頂部 全体 その他()

3. 今までに治療やお手入れ、育毛剤の使用等されたことはありますか

- はい → (病院 育毛サロン 育毛剤 (商品名)
※過去に毛髪のために服用した薬があれば、お答えください(薬名)
 いいえ

4. 最近、何かストレスを感じられたことはありますか はい いいえ

5. 親、兄弟、祖父母等の中で脱毛や薄毛の方はいますか はい いいえ

6. 毎日シャンプーをしていますか はい いいえ

7. 毛染やブリーチはしていますか はい いいえ

8. 症状によって自費(保険外)の適応となります。希望額があれば、ご記入ください

- 1万円/月 3万円/月 5万円/月 特に気にしない

～ よろしければ、当院に来院されたきっかけをお教えてください ～

- 当ビル看板 ホームページ タウンページ 知人の紹介(氏名:)
 その他()