咲くらクリニック　問診表

平成　　年　　月　　日

診察を受ける方	ふりがな		性別		生年月日（大・昭・平）　年　月　日
	氏名		男	女	年齢　歳
	住所	〒			電話番号 携帯電話
	職業		勤務先		電話番号

1.　症状がでたのはいつからですか？

□_____年前から　□_____ヶ月前から　□_____週間前から　□_____日前から

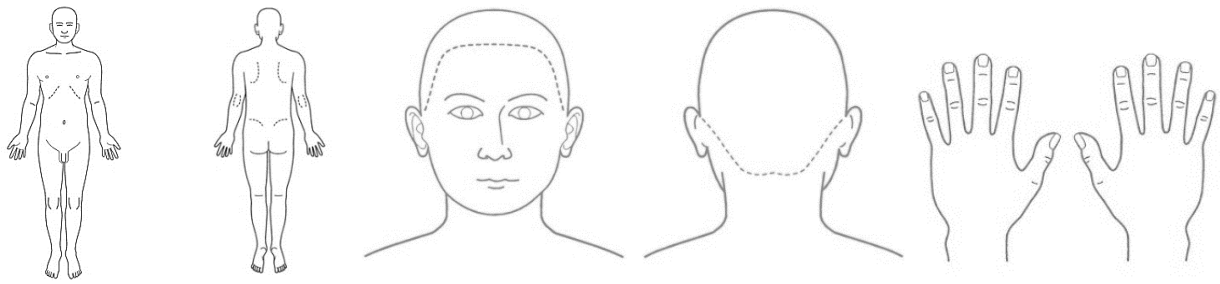
□その他（　　）

2.　どのような症状ですか？

□かゆい □痛い □赤み □しこり □腫れ □ニキビ □イボ □美容の相談 □医療レーザー脱毛

□その他（　　）

3.　部位はどこですか？（お子様の場合は体重を記入してください。_____kg）



5.　現在の症状で他の病院にかかりましたか？

□いいえ　□はい　※処方された薬がわかれば記入してください（　　）

6.　皮膚以外の症状で薬を使用していますか？

□いいえ　□はい　※あればできるだけ記入してください（　　）

7.　現在通院中、または現在までに以下の病気にかかったことはありますか？

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□前立腺肥大　□緑内障　□花粉症

□ぜんそく　□アトピー性皮膚炎　□精神疾患　□その他（　　）

８．　これまでに薬でなにか異常がおこったことはありますか？

□いいえ　□はい

９．　女性の方で該当する方のみご記入ください

□妊娠している（_____ヶ月）　□授乳中である　□妊娠する予定である

10.　その他に医師に伝えたいことや聞きたいことがあればご記入ください

（　　）

受付後、外出などは自由に行っていただいてかまいません

その際、受付に外出する旨をお伝え下さい