

※お手数ですが、点線でカットしてご持参くださいますよう、お願い申し上げます。

# おおた皮膚科問診表

ご記入いただく個人情報は、患者様に提供する医療サービスを目的としています。

ふりがな 氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所(〒 )	Tel				
当院までの交通手段は何をご利用ですか？ ( 徒歩 ・ 電車 ・ バス ・ 自家用車 ・ 他 )					

1. 治療したい場所はどこですか？

( ■  
■  
■ )

2. どのような症状ですか。

( )

3. いつからですか。 年 月 日頃から

4. 今までにかかったことのある病気はありますか？

ない ・ ある 病名( )

5. 現在治療している病気はありますか？

ない ・ ある 病名( )

6. 現在内服している薬はありますか？

ない ・ ある 薬の名前( )

7. 薬のアレルギーはありますか？

ない ・ ある 薬の名前( )

8. 女性の方におうかがいします。

現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい ( 月)

今後、妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

9. 美容診療についてお聞かせください(回答は希望される方だけで結構です)

当院では患者様のご希望に応じて保険外の診療も実施しています。

ご興味のある項目、詳しく聞きたいことを教えてください。

シミ ( 気になる ・ 詳しく知りたい )

シワ ( 気になる ・ 詳しく知りたい )

医療レーザー脱毛 ( 気になる ・ 詳しく知りたい )

化粧品について ( 気になる ・ 詳しく知りたい )

ピーリング ニキビ