

問診票

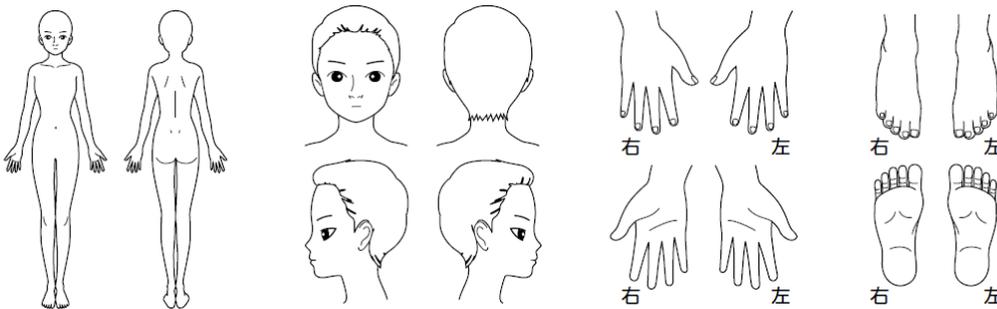
ふりがな			性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前						年 月 日 (歳)
ご住所	〒 (-)					
連絡先	eメール	@				携帯電話 (- -)
緊急連絡先	氏名もしくは勤務先			携帯電話 (- -)		

*** 最初に何をみて当院を知りましたか？お聞かせください**

- 知人、家族の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ さん)
- インスタをみて
- 看板をみて (ララガーデン立体駐車場の出口前)
- その他 (_____)
- Google. Yahoo! キーワード検索 (_____) ← 検索した言葉を教えてください

*** いつからどんな症状がありますか？**

- 1) いつから : (年、 カ月、 週、 日) 前から
- 2) 症 状 : かゆい・カサカサ・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・抜け毛
美容関連 (シミ・クスマ・しわ・タルミ・毛穴の開き)
その他 (_____)
- 3) 部 位 : (下の図に印を付けて下さい)



*** 本日の病状に関して、心配な事がありますか？是非聞いておきたいことがありますか？**
(_____)

*** 本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)**

※ 「はい」の場合 受けたことのある方は、これまでに使用した薬、治療を分かる範囲内で
ご記入ください。
 薬・治療内容 (_____)

*** 今まで受けてきた治療について不満等ございましたら教えてください**

当院ではより良い病院づくりのために接遇向上に取り組んでおります。皆様のご意見をお聞かせください。
 症状が改善しなかった 診断結果、治療方針に対する疑問、説明不足など
 待ち時間が長かった 受診できる時間帯に病院が開いていない 料金の説明がなかった
 医師、スタッフの対応が悪かった 特になし
 その他 (_____)

*** 今後の診察、治療に際して希望することはありますか？**

病気のこと、治療方法について詳しく聞きたい 症状が落ち着くまでしっかりと治療したい
 応急処置のみ希望 痛みに弱いので痛くない治療を希望 アレルギー検査
 その他 (_____) 特になし

→裏のご記入もお願い致します

*** 現在、他に治療中の病気はありますか** (はい ・ いいえ)

病名 () 病院名 ()
病名 () 病院名 ()
病名 () 病院名 ()

*** 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか**

- | | | |
|-------------|-------------------|-------------|
| 1. アトピー性皮膚炎 | 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) | 3. 喘息 |
| 4. 糖尿病 | 5. 心臓病 | 6. 高血圧 |
| 7. 胃潰瘍 | 8. 肝疾患 | 9. 腎疾患 |
| 10. 膠原病 | 11. 前立腺肥大 | 12. 緑内障 |
| 13. 輸血 | 14. 手術 () | 15. その他 () |

*** 家族の方にアレルギー疾患はありますか**

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. その他 ()

*** 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか**

(ある ・ ない) 薬、食べ物の名前 ()

*** 〈女性の方に〉現在、妊娠中・授乳中ですか、また妊娠の可能性はありますか**

1. 現在妊娠している (カ月) 2. 授乳中 3. 妊娠可能性あり 4. 妊娠可能性なし

*** その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい**

()

*** 当院では、保険診療以外に美容治療を実施しています。興味あるものをチェックしてください**

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> しみ治療 | <input type="checkbox"/> 肝斑 | <input type="checkbox"/> しわ・たるみ |
| <input type="checkbox"/> レーザー脱毛 | <input type="checkbox"/> ホクロ・できもの除去 | <input type="checkbox"/> 薄毛・ED |
| <input type="checkbox"/> 美容点滴・注射 | <input type="checkbox"/> ニキビ治療 | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注射 (水光注射) |
| <input type="checkbox"/> 赤ら顔 | <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

《個人情報取り扱いについて》

上記の個人情報の文言は、当院診療に関わる事以外の利用や第三者への提供は一切ございません。

《お得な情報のお知らせ》

クリニックのLINE公式アカウントです。
お得なクーポンやキャンペーン情報、休診のお知らせをいち早くお届けします。
この機会にぜひご登録ください。



お友達登録で当日から自費施術に使える 1000 円クーポン GET♪

問診票のご記入お疲れ様でした。
ありがとうございました。