

問 診 票

平成 年 月 日

フリカナ		生年月日
氏名	男・女	大・昭・平 年 月 日 才
住所	〒 ー	血液型 型
電話	自宅	携帯
職業		勤務先
身長 cm		体重 kg

◆本日はどうされましたか？

()

◆病歴についてお答えください。

- ・今までにかかった大きな病気やケガ(既往歴)
(ない・ある 年前、病名)
- ・手術の経験(美容・脱毛・アートメイクも含む)
(ない・ある 年前、手術名)
- ・現在治療中の病気
(ない・ある 年前から、病名)
- ・現在内服中の薬
(ない・ある 薬の名前)

◆体質についてお答えください。

- ・薬、食物、花粉などのアレルギー (ない・ある 原因)
- ・化粧品や洗剤などのかぶれ (ない・ある 原因)
- ・かぶれ以外の皮膚炎、湿疹 (ない・ある 原因)
- ・局所麻酔(歯科麻酔など)の経験 (ない・ある) 気分が悪くなったことは (ない・ある)
- ・ケロイド体質と言われた事がありますか (はい・いいえ)
- ・感染症と言われた事がありますか (はい・いいえ)
- ・輸血の経験はありますか (はい・いいえ) 何年前ですか (頃)

◆現在妊娠の可能性がありますか？ (はい・いいえ 最終月経開始日 月 日)

◆現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

◆その他、どんなことでも不安な点、質問、疑問があればご記入ください。

()

◆当院へご来院いただいたきっかけをお選び下さい。 1紹介 2ホームページ 3電話帳 4その他

ありがとうございました。

問診表、及びカルテはプライバシー保護のため当院にて厳重に保管させていただきます。