

問 診 票

年 月 日

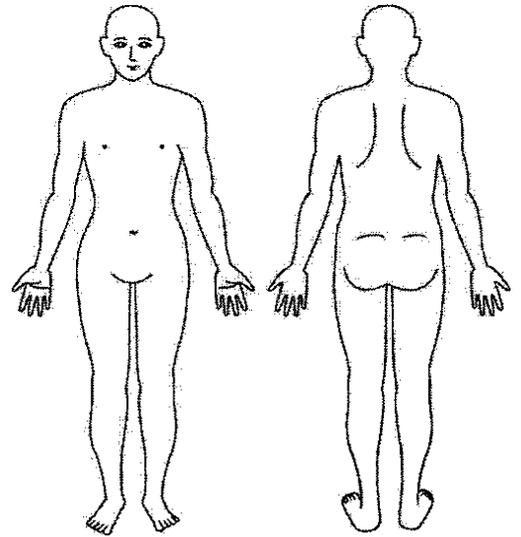
ふりがな 氏名	男・女	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	
		年	月 日 歳
住所	〒	電話番号 <small>(未成年の方は保護者の連絡先もご記入ください)</small>	自宅： 携帯： ☆どちらか必ずご記入ください
		身長・体重	cm kg

1. いつから、どのような症状がありますか
また、その部位に丸を付けてください

いつから： 日前 週間前 力月前 年前・不明

症状： かゆい 痛い かさつき できもの 水虫
発疹 巻き爪 虫刺され やけど (仕事・その他)
イボ ほくろ ニキビ シミ 脱毛

()



2. 上記の症状で、今までに医療機関を受診されましたか。

はい(医療機関名) ・ いいえ

3. 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けたりしましたか。

()

4. 常用しているお薬はありますか。

※お薬手帳・アプリなどを持参されている方は窓口にてお申し出ください。

ない ・ ある (薬：)

5. お薬・食べ物などでアレルギーが起こった事がありますか。

その他、アレルギーがある場合は全てご記入ください。(花粉など)

ない ・ ある (該当する物：)

6. 【女性の方】現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。また授乳中ですか。

いいえ ・ はい (妊娠 力月 ・ 授乳中)

☆保険診療でのお支払いは原則現金払いのみです。

クローンスマートパスご利用の場合、保険診療もクレジットを利用できます。
ご希望の方は必ず窓口にてお申し出ください。



やまおか皮ふ科