

問診票

ID _____

受診日 年 月 日

診療を円滑にするために、お分かりになる範囲で次の事項にお答えください。

フリガナ		生年月日	年	月	日(歳)
ご氏名			男		女
ご住所	〒 _____				DM送付 可 不可
TEL	_____	mail	_____		
緊急連絡先	_____		お電話をしても さしつかえない時間帯		_____

紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

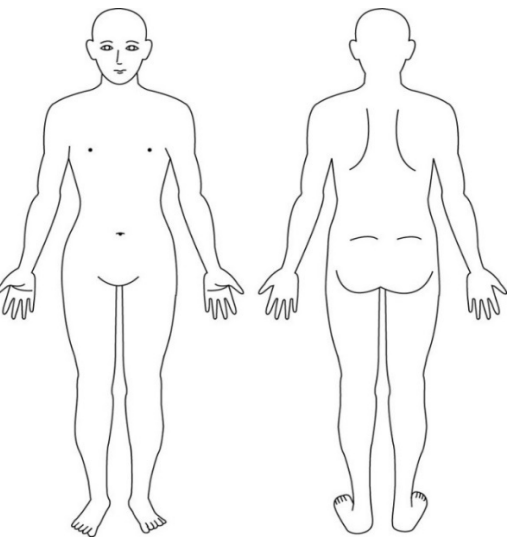
ご紹介ですか？ はい(ご紹介者様: _____) いいえ

いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃からですか？ (年 月 日から)

どのような症状ですか？

- 痛い
- 熱っぽい
- 曲がらない
- その他(_____)
- 美容(_____)
- しびれる
- こわばる
- 動きが悪い
- 腫れている
- できものができている
- 赤くなっている



原因として思い当たることがありますか？

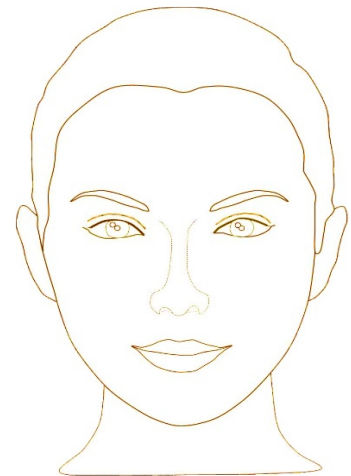
- 転んだ
- 落ちた
- その他(_____)
- ぶつけた
- 不明
- ひねった
- はさんだ

今回と同じ症状で治療を受けられたことはありますか？

いいえ はい (医療機関名: _____)

今までに(現在治療中も含む)病気やケガをされたことがありますか？

- いいえ
- はい
 - 高血圧(歳頃)
 - 糖尿病(歳頃)
 - 胃・腸疾患(歳頃)
 - 肝臓病(歳頃)
 - B型肝炎(歳頃)
 - 梅毒(歳頃)
 - 腎臓病(歳頃)
 - 心臓病(歳頃)
 - 脳疾患(歳頃)
 - 肺疾患(歳頃)
 - C型肝炎(歳頃)
 - HIVなど(歳頃)



現在服薬中の薬はありますか？

はい(薬剤名: _____) いいえ

アレルギーはありますか？

はい (薬 麻酔 食べ物 アルコール その他) (具体的に: _____) いいえ

現在妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

身長(_____ cm) 体重(_____ kg)
 飲酒 しない(_____ 本/日) する(_____ 本/日)
 タバコ 吸わない(_____ 年) 吸う(_____ 年)

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

美容問診治療に関することは、どのくらい前からお考えでしたか？

年 カ月前から

過去に美容施術を受けられた事がありますか？

いつ：_____ 施術内容：_____

ご興味のある治療にチェックしてください。(複数回答可)

しみ しわ たるみ にきび ほくろ 小顔 くち 目 鼻

糸 痩身 脱毛 点滴 外用薬 内用薬 ピアス

その他 (具体的に: _____)

以下のうち、相談したい内容にチェックしてください。(複数回答可)

アンチエイジング

リフトアップ 美肌になりたい

ダイエット、部分やせをしたい その他(_____)

具体的な手術・施術の希望があればご記入ください

どの程度アドバイスして欲しいですか？

気になるところはすべて すぐに必要な治療は知りたい 最低限の治療でよい

ご使用中の化粧品にチェックしてください。

クレンジング 洗顔 化粧水 乳液 美容液 クリーム

差し支えなければメーカーを教えてください(_____)

当院のことをお知りになられたきっかけは何ですか？

広告/定期刊行物 看板/通りがかり

検索サイト(Google・Yahoo!・その他) (検索ワード _____)

インスタグラム ブログ Facebook Twitter LINE

その他(_____)