フリガナ お名前	男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）
住所	〒（　－　）	職業
電話番号	自宅　緊急連絡先（携帯）	

★本日はどちらの症状で来院されましたか？　皮膚科　・　美容

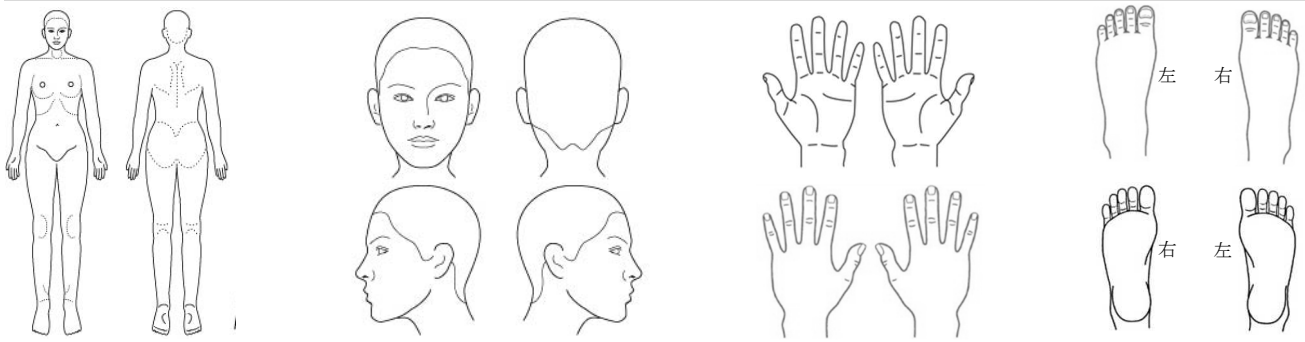
1）当クリニックを受診するきっかけを教えてください。

ご家族からの紹介　・　ご友人からの紹介（ご友人のお名前　）・　医療機関からの紹介　・

web 検索　or　インターネット　・　当クリニックホームページ　・　ガーデンガーデン付近の看板（セブンイレブン横）

松川町交差点の看板　・　当クリニックのビル屋上の看板（緑色）　・　その他（　）

2）今回気になる部位に〇をおつけください。複数ある場合は気になる順番に①→②→③→④とご記入ください。



上記はどの症状ですか？〇をおつけください。（複数ある場合は気になる症状の横に番号をご記入ください）

・痛み　・腫れ　・赤み　・じゅくじゅく　・かゆみ　・乾燥（かさかさ）　・熱感　・頻尿

・尿が出にくい　・排尿痛　・血尿　・その他（　）

いつ頃から症状がありますか？（　）日前　・（　）週間前　・（　）カ月前　・（　）年前

3）お悩みの症状に対して、過去に使用したことがある内服薬・外用剤がありましたら、すべてご記入ください。

他院で処方されたもの、ドラッグストアなどで購入されたものもご記入ください。　（　有り　・　無し　）

（例：●●クリニックにて、リンデロン VG 軟膏処方：2014 年5月～2015 年2月）

4）現在通院している病名・病院はありますか？ある場合はご記入ください。　（　有り　・　無し　）

（例：■■内科にて、高血圧：2014 年5月～現在　・　☆☆耳鼻科にて、アレルギー性鼻炎：2013 年2月～現在）

※過去にかかったことがある病気は〇もしくはご記入ください。

心臓　高血圧　肝臓病（肝炎）　糖尿病　がん（　）腎臓　その他（　）

5）現在　3）以外に内服しているお薬、塗布している外用薬などありますか？　（　有り　・　無し　）

（例：ニバジール・アレロック etc）⇒4）をご記入された方は皮膚科のお薬以外のものも必ずご記入ください。

6）今まで注射やお薬で体に異常が出たことがありますか？（ある＿＿＿＿＿＿＿＿・ない）

7）麻酔で（歯医者も含む）　具合を起こされたことはありますか？

（ない　・　ある（　局部　・全身　））⇒ありの場合はいつ頃ですか？（　）

8）過去にアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、喘息、アレルギー性結膜炎と言われたことがありますか？

（ない　・　ある）⇒家族の中で上記症状の診断を受けた方はいらっしゃいますか？（ない　・　ある）

9）女性の方のみお答えください。

月経について	順調	不順	閉経
授乳について	有り	無し	
妊娠について	妊娠（　）ヶ月	可能性あり	していない

※美容・にきびの治療を希望の方は、専用の問診票にもご記入をお願いします。

ご関心がある方はスタッフにお声がけください。