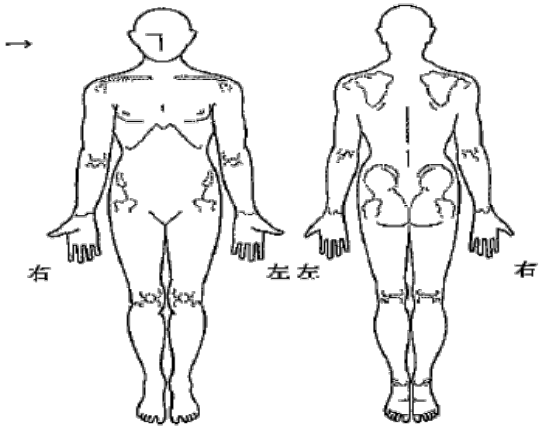
ＩＤ　　日付

あやせ皮ふと子どものクリニック（初診）　問診票

フリガナ		性別	男　／　女
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日	年齢	歳　　ヶ月
住所	〒　　-	電話	TEL
			携帯

下記の項目について記入もしくは〇で囲んでください（出来るだけ詳しくご記入ください）



診てもらいたい部位に〇印をつけてください

・ いつからですか？（　　~　　）

・ どんな症状がありますか？

かゆい／痛い／赤くなっている

その他（　　）

今までに何か病気をしたことがありますか？

既往歴：　あり　／　なし

アトピー／喘息／糖尿病／前立腺肥大／緑内障

脳疾患／肝臓病／腎臓病／心臓病／その他（　　）

現在、どちらかの病院に通院していますか？

はい　／　いいえ（　　科）

現在、飲んでいる薬、または使用中の薬がありますか？

はい　／　いいえ（　　）

今までに薬や食品によるアレルギーを起こしたことがありますか？

はい　／　いいえ　　薬品名（　　）　食品名（　　）

女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか？

いいえ　／　妊娠中　／　授乳中　／　わからない

その他、何かございましたらご記入ください

（　　）

美容外来（プラセンタ・ニンニク注射等）ご希望の方は受付にお申し出下さい