

問 診 票

住 所 〒

電 話 () -

※初めての方、変更ある方は住所・電話番号をご記入ください。

フリガナ

T・S・H・R

氏 名

(才)

(男・女)

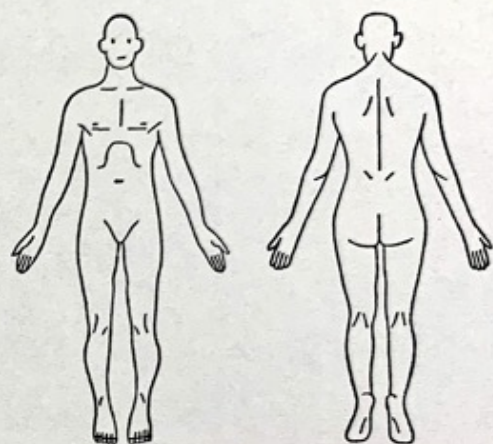
年 月 日生

●本日の症状は？

かゆみ・痛み・ニキビ

その他 ()

いつから？ ()



●前回と同じ

(3ヶ月以内に受診した方のみ)

※症状のある部位に○を付けて下さい。

●現在、他院で治療中の病気がありますか？

はい ・ いいえ

●現在、他院で内服・外用している薬はありますか？

はい ・ いいえ

※お薬手帳をお持ちの方は医師に直接お渡し下さい。

●以下に当てはまれば○を付けて下さい。

妊娠 ・ 授乳 ・ アレルギー(薬・その他) ・ 喫煙

※当院は診察情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。