

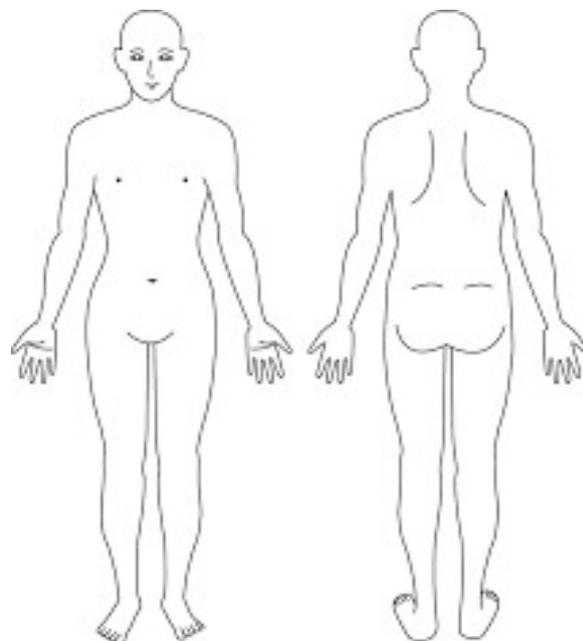
# 問 診 票

(フリガナ)		男 女	生年月日		
お名前 (才)			T・S・H・R	年	月
職 業	会社員・主婦・学生・飲食店・建設業・理美容師・医療従事者・IT関係・無職 その他( )				
ご住所 〒					
電話番号 ( )					

★本日の症状はなんですか？

部位：○印をつけてください。

発疹・かゆい・やけど・ほくろ・しみ・あざ・できもの  
いぼ・たこ・にきび・アトピー・抜け毛が気になる・  
水虫・その他( )



★いつからですか？

( )から

★今までかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

糖尿病・高血圧・心臓病・脳卒中・肝臓病・腎臓病・膠原病  
胃腸疾患・てんかん・結核・喘息・花粉症・アレルギー性鼻炎  
悪性腫瘍・緑内障・前立腺肥大・その他( )

★現在服用中の薬ありますか？

ない・ある(薬名 )

★薬の副作用やアレルギーの経験がありますか？

ない・ある( )

★女性の方のみお答えください。現在、妊娠の可能性はありますか？

ない・ある・妊娠中( 月 )・授乳中