

※印は必ずご記入をおねがいします。

問診表

記入日 年 月 日

※ピアス・薄毛治療・多汗症相談の方は、受付にて別の問診票をお受け取り下さい。

※ふりがな 氏名	※生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日		歳	男 女
※ご住所 〒	職業	未婚・既婚	子供	人
※電話番号 (- -)				

- ※薬や麻酔の副作用でアレルギーの経験がありますか？ いいえ はい(薬品名：)
- ※女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ いいえ 妊娠中(妊娠： ヶ月) 授乳中
- ・これまでにかかった病気はありますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・現在内服中の薬（市販を含む）はありますか？ いいえ はい(薬品名：)
 - ・現在体内に金属をいれていますか？ いいえ はい(病名：)
 - ・喫煙はされますか？ いいえ はい(本/1日)
 - ・飲酒はされますか？ いいえ はい(本/1日)

◆ 本日は、どのようなお悩みでの受診ですか？

皮膚科 () 部位 ()

いつからどのような症状ですか？ また過去の治療歴があれば記入下さい。

〔例：〇〇クリニックにてリンデロンVG軟膏を処方された。2020年4月～2020年6月まで使用等〕

ニキビ・ニキビ跡（保険治療のみ 自費治療を含む最善の治療）

あざ ほくろ しみ 巻き爪 わきが・多汗症（保険治療・ミラドライ）

毛穴 くすみ くま アートメイク ボトックス注射

しわ たるみ 二重 ヒアルロン酸注入 刺青除去

薄毛治療（ドクターズヘア） 円形脱毛症 ED（EDナビ） ダイエット相談

ピアス穴あけ《受付にて別の問診表をお受け取り下さい》 その他 ()

◆ 過去に烏丸院又は河原町院を受診されたことはありますか？

いいえ はい (院)

◆ 当院をどのように知りましたか？

PCホームページ 携帯ホームページ インターネット（検索ワード)

他院からの紹介（医院名) 家族・知人からの紹介（紹介者)

SNS（インスタグラム・フェイスブック・アメーバブログ） リーフ ココミ広場

ホットペッパー 駅・看板 通りすがり その他 ()

◆ 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください。

評判 価格 アクセス 実績 その他 ()

*LINEの登録はお済みですか？ はい いいえ（お友達登録でお得な特典・情報あります!）

◆ 近々に大切なイベントのご予定があれば、お知らせください

結婚式 同窓会 成人式 就職 その他 () ⇒日付(年 月 日)

ご記入いただきありがとうございます。