

問 診 表

| | | | | |
|------|-----|------|---------------------------|--|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | |
| 氏名 | | 男・女 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 ー | 電話番号 | | |
| | | 携帯番号 | | |

| | | | | |
|---|---|------|--|--|
| 1. K'Sクリニック皮膚科(小倉南区,魚町)に受診したことがありますか? (はい ・ いいえ) K'Sクリニックでの受診内容 (年 月頃) (内容) | | | | |
| 2. どうなさいましたか? (皮膚のトラブルの場所・症状・いつからかをお書きください。) | | いつから | 部位 | |
| 3. 現在、治療中の病気はありますか? | いいえ | はい | 心臓病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 肝臓病 脳卒中 ・ 癌 ・ その他() | |
| 4. 今まで手術を受けたことがありますか? | いいえ | はい | ()年頃 ()の手術 | |
| 5. 飲んでいる薬はありますか? | いいえ | はい | 薬の名前 () | |
| 6. アレルギーや特異体質はありますか? | ない | ある | 薬品() 食品() その他() | |
| 7.女性の方にお聞きます 1) 妊娠していますか? | | いいえ | はい (月) ・ 可能性あり ・ 妊娠希望中 | |
| 2) 授乳中ですか? | | いいえ | はい | |
| 8. タバコを吸いますか? | いいえ | はい | | |
| 9. 自費診療(保険対象外)も行っています。 ご興味がありましたら □にチェックを入れてください。 | <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> ホクロ <input type="checkbox"/> ワキ汗 <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> しわ <input type="checkbox"/> ビタミン注射・点滴 <input type="checkbox"/> ドクターズコスメ <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 10. 当院をお知りになったきっかけを 教えてください。 | <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 () <input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 急患センター <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 他サイト() | | | |
| 11.診療についての希望 <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい(美容施術は全て自費になります) <input type="checkbox"/> 説明を受け、相談したい <input type="checkbox"/> なるべく保険の範囲内で、きかないところは自費でも構わない <input type="checkbox"/> ある程度お金がかかっても最新の治療をしたい | | | | |

お答えいただき、ありがとうございました。この問診は治療のために使わせていただきます。
ご了承を得た場合を除き、個人情報を利用することはありません。