

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	〒 -	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	()ヶ月) ・ 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。 ご興味がございましたら □にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> しわ <input type="checkbox"/> ホクロ <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> ワキ汗 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 陰ケア <input type="checkbox"/> ビタミン/プラセンタ注射・点滴 <input type="checkbox"/> ドクターズコスメ <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 説明希望 <input type="checkbox"/> 資料希望 <input type="checkbox"/> どちらも希望なし		
10. 当院をお知りになったきっかけを 教えてください。(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 医師の紹介		<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 ()
	<input type="checkbox"/> 自宅に近い		<input type="checkbox"/> ティクトック・インスタ(どの動画:)
	<input type="checkbox"/> 急患センター		<input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> ユーチューブ
	<input type="checkbox"/> エックス		<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。