

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. ケーズ皮膚科(葛原,魚町,城野)に受診したことがありますか? (はい ・ いいえ) ケーズ皮膚科での受診内容 (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・膠原病 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. 体内に金属類が入っていますか?	いいえ	はい	(部位 種類)		
6. 飲んでいる薬はありますか?	いいえ	はい	薬の名前 ()		
7. 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()		
8. 女性の方にお聞きします 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			
9. タバコを吸いますか?	いいえ	はい			
10. 自費診療(保険対象外)も行っています ご興味ございましたら □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"/> 腔ケア <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				
11. 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"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> ティックトック <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()				
12. 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。