## 問診票

フリガナ		性 別	<ul> <li>男性</li> </ul>	<ul><li>女性</li></ul>		
お名前		生年月日	<ul><li>大正</li><li>昭和</li></ul>	年	月	田
ご住所	₸		<ul><li>・ 平成</li><li>・ 令和</li></ul>		(	歳)
携帯電話	(有•無)	自宅電話				

\* 携帯電話のある方はご記入をお願いします。

今日はどうさ れましたか?	・湿疹・皮膚炎 ・アトピー性皮膚炎 ・虫刺され ・ニキビ ・ニキビあと ・水虫	
	・けが(いつ: ) ・きず ・きずあと ・いぼ ・できもの(腫瘍)	
	・ほくろの診察 ・ほくろ除去 ・二重まぶた ・わきが ・ピアス(No. )	
	<ul><li>・円形脱毛症</li><li>・薄毛</li><li>・レーザー脱毛</li><li>・フットケア</li><li>(うおのめ、たこ、</li></ul>	、まき爪、
	・排尿障害 ・頻尿 ・ED ・性病 外反母趾、	、膝痛、腰痛)
	<ul><li>その他(</li></ul>	)
	・しみ・そばかず ・しわ ・たるみ ・ボトックス ・ヒアルロン酸	
	* 今、お顔についているものに〇してください	,
	・ファンデーション ・日焼け止め ・化粧水 ・乳液 ・クリーム ・何も付いてない ・その他(	)
疾患の部位	・あたま ・かお ・くび ・胸 ・腹部 ・背中	
	・手 ・足 ・陰部 ・おしり ・その他(	)
今まで薬や注	E射で体に異常(アレルギー)がでたことがありますか?	
	・ない ・ある (薬剤名;	) · 不明
かゆみ止めの	薬やかぜ薬で体がだるくなったり、眠気が出たことがありますか?	
	・ない ・ある (薬剤名;	) · 不明
麻酔薬(歯科	治療など)で異常がでたことがありますか?	
	・ない ・ある (薬剤名;	) • 不明
その他アレルギ	ーなどがありますか?	
	<ul><li>ない ・ある (原因がわかれば;</li></ul>	) · 不明
現在治療中の		
	・ない ・ある (・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・ぜんそく)	
	その他(	)
常用薬はありますか?	・ない ・ある (薬剤名;	)
女性の方へ	・妊娠中(ケ月)・妊娠の可能性あり・授乳中	