問　診　票

ふりかな	性別	生年月日　（大正・昭和・平成・令和）
お名前　　様	男 女	年　　月　　日　生
ご住所　〒		ご職業
お電話番号	携帯電話番号	

※当院より検査結果等でご連絡させていただく場合がございます。
ご都合のよろしいお電話番号のご記入をお願いいたします。

現在、かかっている病気・アレルギーはございますか？（印☑をつけてください）

☐ 心疾患　☐ 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　☐ 血液疾患　☐ 肝機能障害　☐ B型肝炎　☐ C型肝炎
☐ 糖尿病　☐ 前立腺肥大症 又は 夜間ﾄｲﾚに3回以上行く　☐ 緑内障 又は 眼圧が高い
☐ 花粉症　☐ ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎　☐ 喘息　☐ ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎　☐ ｱﾚﾙｷﾞｰ性結膜炎
☐ ｹﾛｲﾄﾞ体質　☐ 口唇ﾍﾙﾍﾟｽ　☐その他（　　）
☐ 薬剤ｱﾚﾙｷﾞｰ　薬剤名（　　）　☐ 食物ｱﾚﾙｷﾞｰ　食品名（　　）
☐ 金属ｱﾚﾙｷﾞｰ　金属名（　　）　☐ なし

現在、服用している薬はございますか？（ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ・健康食品等もご記入ください）

☐　はい　　☐　いいえ
☐ ﾜｰﾌｧﾘﾝ・ﾊﾞﾌｧﾘﾝ等の血液抗凝固剤（血液をｻﾗｻﾗにする薬）
☐ 精神安定剤　☐ 経口避妊薬　☐ ホルモン剤
☐ その他　（　　）

既往症（これまでに他に病気をされたことはございますか？病名等お願いいたします。）

☐　はい　＿＿＿＿＿＿（　　歳頃）　＿＿＿＿＿＿（　　歳頃）
＿＿＿＿＿＿（　　歳頃）　＿＿＿＿＿＿（　　歳頃）
☐　いいえ

麻酔について（印☑をつけてください）

☐ これまでに麻酔で気分不快やアレルギーを起こしたことがある
☐ 歯科での麻酔等も含めて麻酔の経験がない
☐ 特にこれまで問題はない

（女性の方へ）現在妊娠している可能性はございますか？（印☑をつけてください）

☐　ない　☐　妊娠している　☐　わからない　☐　授乳中

喫煙はしますか？（印☑をつけてください）

☐　する　☐　しない

当クリニックを何でお知りになりましたか？（印☑をつけてください）

☐　チラシをみて　☐　パンフレットをみて　☐　ホームページをみて
☐　インスタグラムをみて　☐（　　）からのご紹介　☐　外看板　☐　その他

※上記の全ての情報は、当クリニック内での診療の為に伺っております。また、この用紙はｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ処理後、直ちにシュレッダー処理を行います。　ご記入ありがとうございました。

v

❁Skin Solution Clinic❁