

# 問診票

お名前 (男・女) 職業

---

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年齢

---

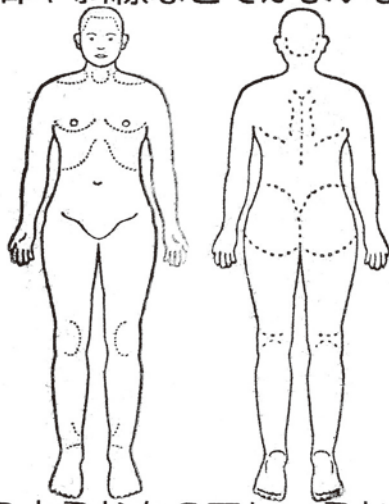
ご住所 〒

---

電話番号 携帯番号

---

1. 本日診察ご希望の部位に印をおつけください。  
(○印や斜線などがかまいません)



- ・ 運転を する ・ しない
- ・ 小学生以下の方
- 体重 Kg
- 女性の方
- ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ どちらもなし

症状はどのようなものでしょうか？

かゆい、いたがゆい、いたい、押すと痛む、痛みやかゆみはない、その他 ( )  
 いつから： ( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) か月前から、その他 ( )  
 すでに治療をされましたか？：無治療、市販のお薬 (具体的に： )  
 他の医療機関で (お薬など具体的に： )

2. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

ある (病名： いつ： )、ない  
 手術を受けたことがありますか？  
 受けた (具体的に： )、受けていない

3. アレルギー疾患といわれたことがありますか？

・ アレルギー性鼻炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性結膜炎 ・ アトピー性皮膚炎  
 ・ その他 (具体的に： )  
 ・ 薬や食べ物にアレルギーがある ( )  
 ・ なし

4. 今飲んでいるお薬はありますか？ ある ない

(お薬の名前： )  
 (病院名： )  
 その他 (市販のお薬や健康食品、サプリメントなど： )

5. お薬の副作用をおうかがいします。当てはまるものに○をおつけください。

・ 眠気がやすい ・ 胃が悪くなりやすい ・ その他 ・ 特になし

6. 診察に際して何かご要望があればお書きください。

( )

AGA (男性型脱毛症) の治療を御希望のかたは、別の問診票記入も必要ですので、受付までお申し出ください。