

## 問診票

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
お名前			
ご住所	〒 -		
自宅電話番号		ご連絡先	携帯・職場・その他
ご職業	既婚・未婚・子供あり・子供なし		
携帯アドレス	@ docomo.ne.jp・softbank.ne.jp・ezweb.ne.jp		

ご予約日の3日前に確認メールを配信いたします。パソコンからのメールを拒否されている場合は【@watashino.jp】のドメイン解除をお願い致します。

今日はどのような症状のご相談で来院されましたか？

上記について一番つらいこと（ひどい症状、治してほしい症状、もっとも心配なこと）は何ですか？

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ・はい（病名： ）

現在、内服している薬がありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

入院するような病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

アレルギー性の病気がありますか？

アトピー皮膚炎・蕁麻疹・かぶれ・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物・その他（ ）

薬のアレルギーがありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

治療のご希望をお聞かせ下さい。

健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望 ・ 応急処置のみ希望

美容治療を希望 ・ 健康診断（検診）を希望 ・ サプリメント相談 ・ 基礎化粧品相談 ・ メイクアップ相談

来院されたきっかけは何ですか？

知人からの紹介（ ）様） ご家族からの紹介（ ）様） タウンページ

ホームページ・インターネット 駅の看板 当ホテルの看板 パンフレット

雑誌（雑誌名 ） テレビ（番組名 ） その他（ ）



私のクリニック目白

Miss & Mrs.