

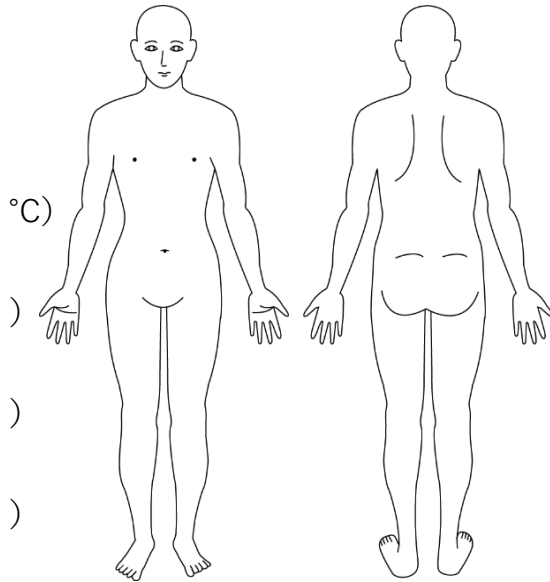
# 問診票

ふりがな	性別	男性	女性
名前	生年月日	T.S.H.R	年 月 日
〒			歳
住所	電話	自宅	
		携帯	
身長	cm	体重	kg

## 本日の症状

いつから症状が出ましたか？ ( )  
 症状の種類に○をつけてください。

発疹      あり      なし  
 かゆみ    あり      なし  
 痛み      あり      なし  
 発熱      あり      なし      (      °C)



その他  
 ( )  
 その症状にきっかけはありますか？  
 ( )  
 これまでの治療はありますか？  
 ( )  
 既往歴  
 ( )

症状の場所に○をつけてください

内服しているお薬はありますか？お薬手帳があれば記入の必要はありません。  
 ( )

薬剤アレルギー  
 ( )  
 その他のアレルギー  
 ( )

美容相談をご希望の方はこちらに記入してください。(別途カウンセリング料がかかります。保険適応外です。)

妊娠                      週      なし  
 授乳      あり                      なし  
 たばこ      1日      本                      なし  
 飲酒      1日      ml                      なし