問　診　票

診察の時にスタッフにわたしてください

お名前（カタカナで）

●　前回の続きの方

症状は？　〇で囲んでください

良い

変わらない

悪い

良い所も悪い所もある

●　お久しぶり、又は違う症状もある方

症状はいつから？

顔や体のどこに？

症状は？（かゆい、痛い、湿疹などできるだけ詳しく）

●　診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

●　お薬について

・残っているお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

・必要になるお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

●　当院では自費診療、手術・フットケアも行っています。気になることがあれば〇で囲んでください。

自費診療　→　レーザー脱毛　光治療（シミ・赤ら顔）　シミの塗り薬　うす毛（AGA）

ピアス　肌年齢測定　まつげ育毛剤

手術・フットケア　→　皮膚のしこり　ほくろ（レーザーも可）　できもの

巻き爪　水虫チェック

●　購入したい物品はありますか？　〇で囲んで、2つ以上の方は個数もご記入ください

シャンプー　リンス　低刺激泡フォーム（洗顔・ボディ）　日焼け止め　ファンデーション

化粧品（　　）　その他（　　）