

# 総合問診表

ご記入日	西暦 202 年 月 日	職業	
氏名	(フリガナ)	性別	
		男 ・ 女	
生年月日	西暦 年 月 日		
住所	〒 -		
携帯番号		自宅	
メール	@		

当院を何でお知りになりましたか？

HP ・ Google広告 ・ フリーマガジン365 ・ インスタグラム ・ Drブログ

新潟スキンクリニック ・ ご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様 ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

健康状態などについてお尋ね致します。記入または○を付けてください。

本日の相談・治療内容をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

1.麻酔の経験がありますか？

→ない ・ ある (全身麻酔 ・ 局所麻酔 ・ 歯科用麻酔)

[その時に異常がありましたら症状をお書きください。 \_\_\_\_\_]

2.手術を受けたことがありますか？

→ない ・ ある (手術名 \_\_\_\_\_)

3.これまでに次のような病気をしたことがありますか？

アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ じんましん ・ リウマチ ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 心臓  
胸部疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 精神疾患 ・ うつ病 ・ 統合失調症

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4.服用中の薬がありますか？

→ない ・ ある ( \_\_\_\_\_ )

5.注射・飲み薬・塗り薬で異常が出たことがありますか？

→ない ・ ある (薬品名 \_\_\_\_\_)

6.女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中または妊娠の可能性ありますか？ → ない ・ ある

現在、授乳中ですか？ → はい ・ いいえ