

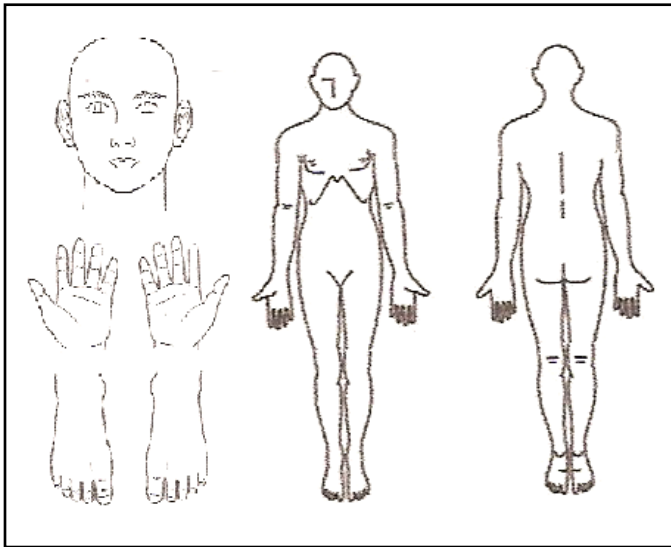
問 診 表

ご記入日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
氏 名		携帯電話	— —
		電話番号	— —
ご住所	〒 —	*昼間ご連絡可能な番号をご記入ください	

該当する項目に または記入してください。(ご不明な箇所は空欄のままでお出しください)

症状のある部位に○印を記入してください



本日受診されるのは？

- 皮膚科 形成外科 アレルギー科
美容的な相談 わからない
プラセンタ (相談・希望)
その他 ()

症状はいつ頃から見られましたか？

- (日前から) (ヲ月前から)
わからない

現在の症状は？

- かゆみ 痛み 赤み シミ ニキビ ニキビ跡
シワ ホクロ できもの その他の発疹 脱毛症
その他 ()

今回の症状で、他の病院の治療を受けましたか？

- いいえ はい (注射・飲み薬・塗り薬・)

現在何か他の病気はありますか？

- いいえ はい ()

現在何かお薬を使用されていますか？

- いいえ はい ()

今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

- いいえ はい ()

*裏面も記入してください。

