

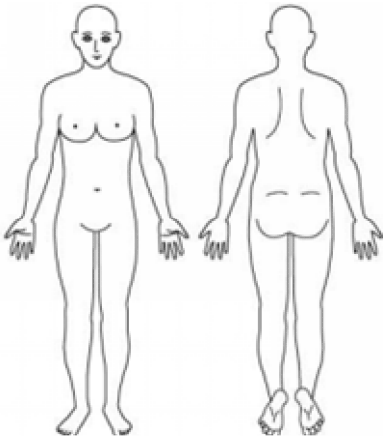
問診票

もれなくご記入ください

(医) うらた皮膚科

| | | | | |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 | | 自宅電話() | |
| | | | 携帯電話() | |
| 職業 (具体的に) | <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () | | 女性の方 | <input type="checkbox"/> 妊娠 ()か月 <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 授乳中 |

問診

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 | <p>今日はどうされましたか</p> <p>・症状のある部位を「右図」に○で囲んでください。</p> <p>・いつからですか</p> <p>() 時間前 () 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前</p> <p>・どのような症状ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>かゆい <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>赤み <input type="checkbox"/>発疹 <input type="checkbox"/>ニキビ <input type="checkbox"/>イボ <input type="checkbox"/>ほくろ <input type="checkbox"/>できもの <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>・そのことでこれまでに治療を受けたことがありますか</p> <p>ない ・ ある 病院名 () 処方薬 ()</p> |  | | |
| 2 | <p>治療中のご病気はありますか</p> <p>ない ・ ある <small>詳細</small> →</p> | | | |
| 3 | <p>治療中の病気に対して、使用している薬剤はありますか</p> <p>ない ・ ある <small>詳細</small> →</p> | | | |
| 4 | <p>アレルギーはお持ちですか (食品、薬品、化粧品、紫外線など)</p> <p>ない ・ ある <small>具体的に</small> →</p> | | | |
| 5 | <p>手術治療や自費診療の診察・相談をご希望されますか。</p> <table border="0"><tr><td><p>医師指定なし</p><p><input type="checkbox"/>皮膚腫瘍の診察 (ホクロ、粉瘤など)</p><p><input type="checkbox"/>医療レーザー脱毛</p><p><input type="checkbox"/>男性型脱毛症 (AGA)</p><p><input type="checkbox"/>女性の薄毛治療</p><p><input type="checkbox"/>多汗症の自費治療 (ボトックス以外)</p><p><input type="checkbox"/>まつげの育毛薬</p></td><td><p>医師指定あり (院長外来)</p><p><input type="checkbox"/>当日手術の相談 (ホクロ、粉瘤など)</p><p><input type="checkbox"/>ニキビの自費診療 (イソトレチノイン、ホルモン治療)</p><p><input type="checkbox"/>ニキビ・ニキビ跡のレーザー治療</p><p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすの塗り薬治療 (ゼオスキン、トレチノイン)</p><p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすのレーザー治療 (ピコレーザー)</p><p><input type="checkbox"/>赤ら顔・酒さの自費診療</p><p><input type="checkbox"/>赤アザ・血管腫のレーザー治療</p><p><input type="checkbox"/>多汗症・ワキガの自費治療 (ボトックス、ミラドライ)</p><p><input type="checkbox"/>ピアス <input type="checkbox"/>ダイエット外来 (GLP1、SGLT2)</p></td></tr></table> | <p>医師指定なし</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚腫瘍の診察 (ホクロ、粉瘤など)</p> <p><input type="checkbox"/>医療レーザー脱毛</p> <p><input type="checkbox"/>男性型脱毛症 (AGA)</p> <p><input type="checkbox"/>女性の薄毛治療</p> <p><input type="checkbox"/>多汗症の自費治療 (ボトックス以外)</p> <p><input type="checkbox"/>まつげの育毛薬</p> | <p>医師指定あり (院長外来)</p> <p><input type="checkbox"/>当日手術の相談 (ホクロ、粉瘤など)</p> <p><input type="checkbox"/>ニキビの自費診療 (イソトレチノイン、ホルモン治療)</p> <p><input type="checkbox"/>ニキビ・ニキビ跡のレーザー治療</p> <p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすの塗り薬治療 (ゼオスキン、トレチノイン)</p> <p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすのレーザー治療 (ピコレーザー)</p> <p><input type="checkbox"/>赤ら顔・酒さの自費診療</p> <p><input type="checkbox"/>赤アザ・血管腫のレーザー治療</p> <p><input type="checkbox"/>多汗症・ワキガの自費治療 (ボトックス、ミラドライ)</p> <p><input type="checkbox"/>ピアス <input type="checkbox"/>ダイエット外来 (GLP1、SGLT2)</p> | <p>医師指定をされますと、 待ち時間が長くなること がございます</p> |
| <p>医師指定なし</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚腫瘍の診察 (ホクロ、粉瘤など)</p> <p><input type="checkbox"/>医療レーザー脱毛</p> <p><input type="checkbox"/>男性型脱毛症 (AGA)</p> <p><input type="checkbox"/>女性の薄毛治療</p> <p><input type="checkbox"/>多汗症の自費治療 (ボトックス以外)</p> <p><input type="checkbox"/>まつげの育毛薬</p> | <p>医師指定あり (院長外来)</p> <p><input type="checkbox"/>当日手術の相談 (ホクロ、粉瘤など)</p> <p><input type="checkbox"/>ニキビの自費診療 (イソトレチノイン、ホルモン治療)</p> <p><input type="checkbox"/>ニキビ・ニキビ跡のレーザー治療</p> <p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすの塗り薬治療 (ゼオスキン、トレチノイン)</p> <p><input type="checkbox"/>シミ・肝斑・そばかすのレーザー治療 (ピコレーザー)</p> <p><input type="checkbox"/>赤ら顔・酒さの自費診療</p> <p><input type="checkbox"/>赤アザ・血管腫のレーザー治療</p> <p><input type="checkbox"/>多汗症・ワキガの自費治療 (ボトックス、ミラドライ)</p> <p><input type="checkbox"/>ピアス <input type="checkbox"/>ダイエット外来 (GLP1、SGLT2)</p> | | | |

アンケート

| | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>診療に何かご希望・ご要望があればお書きください。</p> |
| 2 | <p>当院を始めて訪れたきっかけを選択してください</p> <p><input type="checkbox"/>当院のホームページ <input type="checkbox"/>インスタグラム <input type="checkbox"/>近所だから <input type="checkbox"/>グーグルなどの検索エンジン <input type="checkbox"/>友人・家族・知人の紹介</p> <p>ご紹介者名: _____ 様</p> |