

令和2年 月 日



問診票

カルテNo. _____

フリガナ
氏名

生年月日

大正・昭和
平成・令和

年 月 日 男・女

ホームページ・Instagram・YouTube・ご紹介（紹介者名） _____

当院に来られたきっかけ 前医院から・その他（ _____ ）

TEL ご自宅 - - - FAX - - -

携帯電話番号 - -

メールアドレス① _____ @ _____ 送信可 送信付加

メールアドレス② _____ @ _____ 送信可 送信付加

※ 送信可にチェックを入れていただいた方は@ryoko-hifuka.comからの受信設定をお願い致します。

ご住所 〒 -
都・道
府・県

ご職業 会社員・主婦・学生 身長 体重 血液型
その他 () cm kg A・B
O・AB

該当項目に✓をお願いします。 喫煙口 飲酒口 妊娠中口 妊活中口 授乳中口

感染症 無 / 有 病名 _____

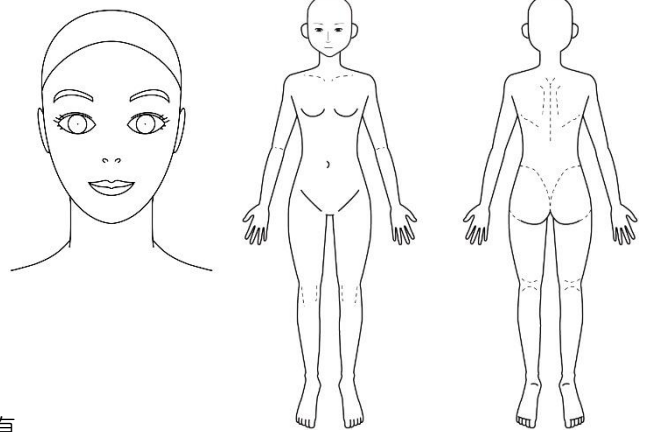
アレルギー無 / 有 花粉症・その他（ _____ ）

治療中 無 / 有 病名： _____ お薬： _____

以前にかかった ことのある病気 病名： _____ いつ頃？： _____

1. 診察希望の部位と症状を教えてください。

- 湿疹・かゆみ・痛み・赤み・水ぶくれ
- ブツブツ・いぼ・できもの・タコ・うおのめ
- わき汗・ニキビ・ニキビ跡・シミ・そばかす
- 肝斑・くすみ・たるみ・髪の毛のお悩み
- 医療脱毛・アートメイク・美容外科手術
- スキンケア・美容全般



2. いつからですか？ _____ 頃から

3. その症状で治療や施術を受けたことはありますか？ 無 / 有

いつ頃： _____ どこで： _____ どのような治療を： _____

4. ご要望・ご相談・ご不安などございましたらご自由にお書きください。

.....
.....
.....