

受診日



初 診 問 診 票

ID

フリガナ

←必ずご記入ください

昭・平・令 年 月 日生

氏名

様 (才)

男・女

(西暦) 年

〒

—

住所

電話番号

—

—

携帯番号

—

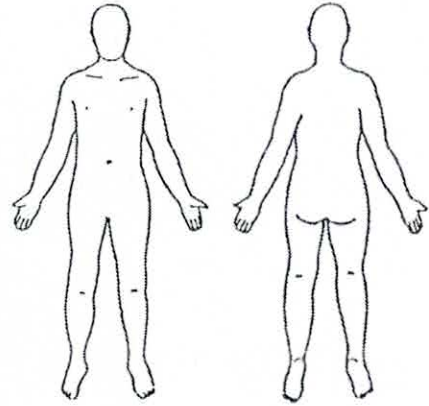
—

■ 来院された症状についてお聞きします

いつ頃から :

どこに :

症 状 :



※ご相談部位の手術既往がありましたら、

時期・施設名(医師名)・術式をおわかりになる範囲でお願いします

()

■ あてはまるものに○、「有」の方は詳細をお書き下さい

・アレルギー 有・無 []

・薬剤の副作用歴 有・無 []

・既往歴 [糖尿病・高血圧・肝炎・腎炎・結核]

その他 _____]

・現在、他の病院にかかっていますか はい ・ いいえ

・内服中の薬剤があればお書き下さい []

・入院されたことは 有・無 [病名 _____]

・手術されたことは 有・無 []

・現在生理中ですか はい・いいえ 妊娠されていますか はい・いいえ

■ 当院では、保険診療の他に自費の処置・手術も行っております()に○をお願いします

() 保険内での診療・治療を希望

() より良い方法であれば、自費診療・自費手術も検討したい

【美容相談の有無】 有・無 (初回カウンセリング料 2200円)

【モニター可否】 興味あり 興味なし

※モニターとは写真使用などにより今後の説明用や啓蒙活動にご協力いただいた方に、専用治療費を適用させていただく制度です

【当院をどのように知りましたか】

他医院の紹介・看板広告・家族知人の紹介・インターネット (紹介 _____)

本用紙記入者をご本人でない場合、記入者氏名: _____

受診日



初診問診票

ID

フリガナ

←必ずご記入ください

昭・平・令 年 月 日生

氏名

様 (才)

男・女

(西暦) 年

〒

—

住所

電話番号

—

—

携帯番号

—

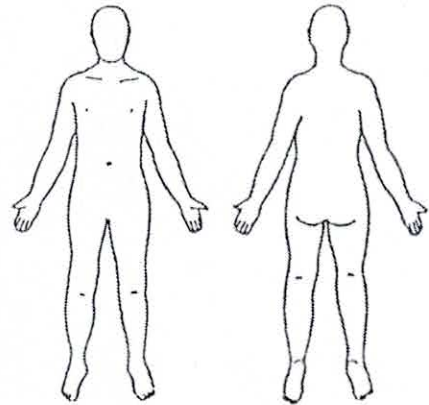
—

■ 来院された症状についてお聞きします

いつ頃から :

どこに :

症状 :



※ご相談部位の手術既往がありましたら、

時期・施設名(医師名)・術式をおわかりになる範囲でお願いします

()

■ あてはまるものに○、「有」の方は詳細をお書き下さい

・アレルギー 有・無 []

・薬剤の副作用歴 有・無 []

・既往歴 [糖尿病・高血圧・肝炎・腎炎・結核]

その他

・現在、他の病院にかかっていますか はい ・ いいえ

・内服中の薬剤があればお書き下さい []

・入院されたことは 有・無 [病名]

・手術されたことは 有・無 []

・現在生理中ですか はい・いいえ 妊娠されていますか はい・いいえ

■ 当院では、保険診療の他に自費の処置・手術も行っております()に○をお願いします

() 保険内での診療・治療を希望

() より良い方法であれば、自費診療・自費手術も検討したい

【美容相談の有無】 有・無 (初回カウンセリング料 2200円)

【モニター可否】 興味あり 興味なし

※モニターとは写真使用などにより今後の説明用や啓蒙活動にご協力いただいた方に、専用治療費を適用させていただく制度です

【当院をどのように知りましたか】

他医院の紹介・看板広告・家族知人の紹介・インターネット (紹介)

本用紙記入者をご本人でない場合、記入者氏名: