



皮膚科 問診票

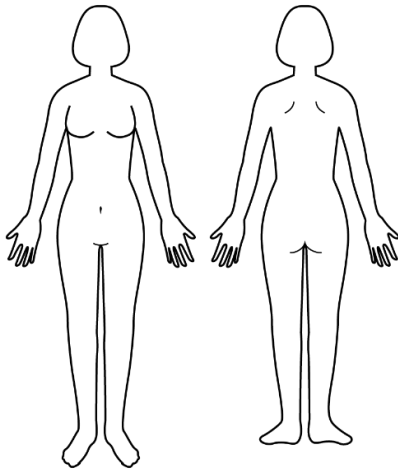
[受診日 年 月 日]

フリガナ	生年月日		
氏名	明・大・昭・平	年	月 日 才
〒 ー	住所	都道府県	市郡 区町
電話番号 (自宅)	ー	ー	身長 cm
電話番号 (携帯)	ー	ー	体重 kg
☆ 今後メールで、LUNAからのお知らせや、お得な情報など希望される方はアドレスをご記入ください。			
Mail アドレス ()			
※ メールアドレスを登録して頂くと、2週間以内に登録通知メールが届きます。もし届かない場合には、お手数ですが ヨヤクル (予約システム) のプロフィールにて、アドレスが正しいかどうかご確認下さい			

本日、おかけの症状についてお答えください。

- いつからですか。 (年 月 日) 頃から
- どの部位ですか。

下の絵に斜線で印を付けてください。複数箇所ある場合は、一番気になる場所を赤でご記入ください。



- どのような症状ですか。

該当する症状を○で囲んでください。(さらにそれ以上の症状がある場合は、下にお書きください)

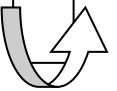
- | | | | |
|----------|--------|-------|--------|
| かゆい | いたい | 腫れている | じくじくする |
| カサカサする | ぷつぷつする | 切れている | 赤くなる |
| アトピー性皮膚炎 | 蕁麻疹 | 水虫 | イボ |
| にきび | ケガ | ヤケド | 脱毛症 |
| ほくろ | シミ | | |

()

- 現在すでに治療されていますか。 (いいえ ・ はい)
- 治療されている場合、どのような治療をされていますか。内容をご記入ください。

()

裏面もご記入下さい



6. 他に病気がありますか。 (いいえ ・ はい)
7. ” はい ” とお答えの方で、当院の (泌尿器科 ・ 内科 ・ 婦人科) に通っている方。
病名

” はい ” とお答えの方で、他院に通っている方。

病名

お薬名

8. アレルギーがありますか。 (いいえ ・ はい)

お薬

食べ物

9. 妊娠の可能性はありますか？ (いいえ ・ はい)

10. 現在妊娠中の方 (いいえ ・ はい (かげつ))

11. 現在授乳中の方 (いいえ ・ はい)

” 美容医療 ” についてお聞かせください。(回答は希望される方のみで結構です。)

当院では、患者様のご希望に応じて保険外の診療も実施しています。

ご興味のある項目、詳しく聞きたいことを教えてください。尚、自費診療については、診療料も自費となります
(医師の診察の場合、30分5,250円です。医療美容専門スタッフによるカウンセリングは無料です。)

シミ (気になる ・ 詳しく知りたい)

シワ (気になる ・ 詳しく知りたい)

医療レーザー脱毛 (気になる ・ 詳しく知りたい)

化粧品・サプリメントについて (気になる ・ 詳しく知りたい)

ピーリング (気になる ・ 詳しく知りたい)

ニキビ (気になる ・ 詳しく知りたい)

アートメイク (気になる ・ 詳しく知りたい)

《今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください》

- LUNAグループに受診された事ありますか？ (はい ・ いいえ)

当クリニックは、何で知りましたか？当てはまる箇所を○で囲んでください。 (複数回答可)

- ・ インターネット検索 ・ ウェブサイト (サイト名 : _____) ・ 他の病院やクリニックより紹介
 - ・ 雑誌、新聞 (雑誌名 : _____) ・ テレビ (番組名 : _____)
 - ・ 知り合いからの紹介 (友人知人 、 家族) ・ たまたま通りかかって
 - ・ SNS (Facebook 、 Twitter 、 Instagram 、 アメブロ)
 - ・ その他 (_____)
- ご協力ありがとうございました。

写真撮影について 病状変化を経時的に把握するために写真撮影を行う場合があります。プライバシー保護に関しては、下記に準じます。

《当院でのプライバシーポリシーについて》女性医療クリニックLUNAネクストステージは診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。ただし、当院から直接患者様へ新たな外来受診や検査の開始等の患者様に有益と思われる情報をお届けすることはあります。また、女性医療発展のため学会・論文・講演会・ホームページ・出版する本などに個人情報を使用する場合があります。この場合は個人が特定できないよう細心の注意を払い患者様のプライバシーをお守りします。