ID：

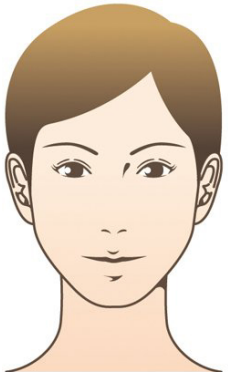
赤井クリニックスキンケア
ホクロ・イボ　問診票

ふりがな：	
氏名：	生年月日：　　年　　月　　日
年齢：　　歳　　性別　男　・　女	既婚　・　未婚　・　結婚予定あり
職業：	e-mail:
自宅電話番号：(　　)　　－	携帯電話番号：(　　)　　－
〒 住所：	

１：どこのホクロ・イボの治療をご希望ですか？　下の絵に●印をつけてください。

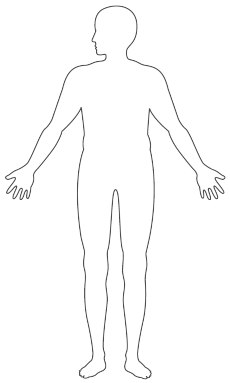
顔の方はこちら

右　　左



体の方はこちら

右　　左



２：そのホクロ・イボはいつからありますか？
　　小さいときから・(　　)年くらい前から・(　　)ヶ月くらい前から・(　　)日前から

３：ここ数年以内にそのホクロ・イボの大きさや色の変化はありますか？　ある　・　なし

４：今まで下記のアレルギーはありましたか？
　① 薬のアレルギー：　ある　・　なし
　　『ある』と答えられた方はその薬の名前を記入してください。
　　(　　)

　② 局所麻酔のアレルギー：　ある　・　なし
　　局所麻酔とは歯医者さんなどで使用する麻酔のことです。
　　歯医者さんで麻酔をされて気持ち悪くなったことはないですか？

　③テープかぶれ：　ある　・　なし
　　絆創膏などを貼っていてかゆくなったり、赤くなったり、湿疹がでたりしませんか？

５：ケロイド体質や色素沈着になりやすい体質と言われたことはありますか？　ある　・　なし

６：今まで病気やけがで治療したことがありますか？（既往歴）
　　なし　・　高血圧　・　糖尿病　・　喘息　・　緑内障　・　甲状腺機能障害　・　脳梗塞
　　前立腺肥大　・　骨折　・　その他（　　）

７：現在治療中の疾患はありますか？　ある　・　なし
　　『ある』と答えられた方は病名や飲んでいる薬などの名前を記入してください。
　　病名：(　　)
　　薬の名前：(　　)

８：当院を何で知りましたか？
　　ホームページ・看板・フリーペーパー（ぱど・　　）・雑誌（　　）

　　医師や知人からの紹介（紹介者名：＿＿＿＿＿＿＿＿）・その他（　　）