

に き び 問 診 表

ふりがな _____ 生年月日 明・大・昭・平
氏名 _____ (男・女) 年 月 日生 (才)

住所 _____ 電話番号 _____

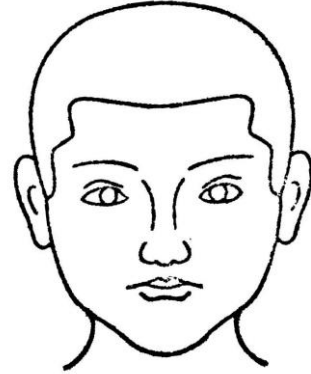
1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃から ()

・どの部位に (右図に○をつけて下さい)

・どのような症状で (痛み・痒み)

その他の症状⇒



・なにか原因として思い当たる事がありますか。

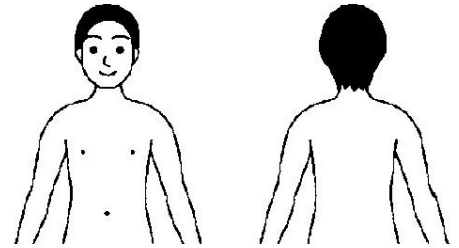
2. 上記の症状で現在あるいは過去に治療を受けて

いますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…治療内容

()

3. 今までにした大きな病気や、現在治療中の病気があれば
お書きください。



4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…具体的には ()

5. 女性の方のみお答え下さい。妊娠中ですか (はい[月]・いいえ)

6. にきびに漢方治療を行ってみたいですか？

(行ってみたい、効果があるなら行っても良い、漢方は苦手、飲みたくない)

7. 漢方的な問診にお答えください。

(足が冷える、便秘がある、肩こりがある、顔がほてる、食欲はある、生理前後に悪化)

8. どのようにして当院をお知りになりましたか？

・御家族より ・知人の紹介 () ・駅、電柱などの看板 ・ホームページ

・インターネット検索 ・その他 ()

9. 診察に際してご要望があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。順番にお呼びいたしますので、お待ちください。

大木皮膚科