受付票

初めての方、変更のある方はご記入ください

20　年　月　日

ふりがな
お名前　　男・女
生年月日 T・S・H　年　月　日
電話（自宅）
電話（携帯）
電話（職場）
現住所 〒

⑴これまで、定期通院や入院を必要とするような病気やケガをしたことがありますか？(なし ・ あり)

年齢	病名	現在の状態
		治癒・経過観察中・治療中→医療機関名：
		治癒・経過観察中・治療中→医療機関名：
		治癒・経過観察中・治療中→医療機関名：
		治癒・経過観察中・治療中→医療機関名：

⑵これまで薬でアレルギーを起こしたことがありますか？（なし ・ あり）

薬名

⑶「さくらひふ科」のことをどのようにしてお知りになりましたか？

1. クチコミ（家族・知人）　2. インターネット　3. 他の医師の紹介
4. メディアシップ内（案内掲示）　5. 街中や駅(看板)　6. バス（ステッカー広告）
7. マスコミ（新聞・テレビ・ラジオ）　8. 電話帳　9. バス（アナウンス）
10. そのほか(　　)

⑷数ある皮膚科の中から「さくらひふ科」をお選びくださった理由は？

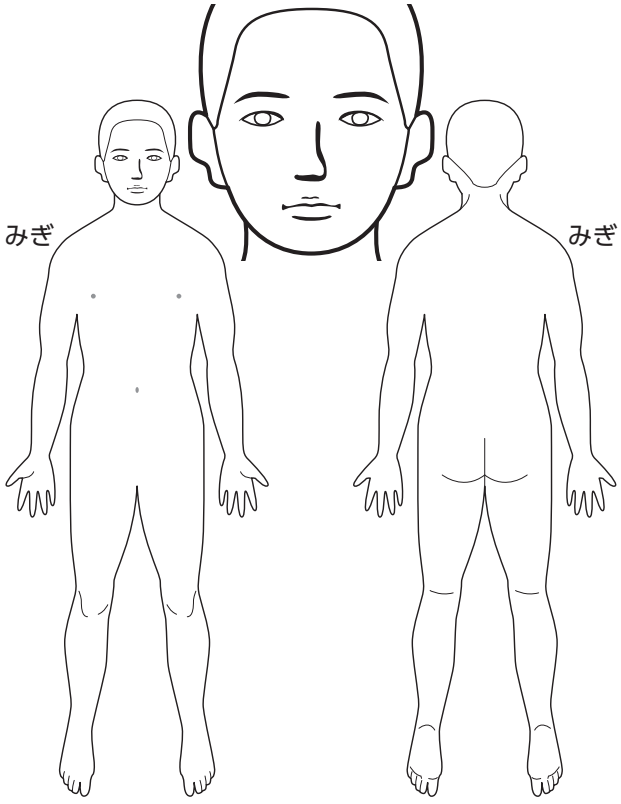
1. 自宅から来やすい　2. 夜７時まで受付　3. 皮膚科専門医
4. 職場等から来やすい　5. 待ち時間　6. アレルギー専門医
7. 万代に用事のついでに　8. 予約制でない　9. 女医
10. そのほか(　　)

問診票

新しく相談したいことがある方、
初めての方はご記入ください。

□ はじめて　□ ２回目以降
□ 洗顔　□ 内容確認　□ 保険証入力　□ 保険証確認　□ スキャナ取込

相談したいところを○で囲んでください
いままでに治療をしたことがありますか？(なし・あり)



ID

ふりがな お名前	職業
持　参　品：お薬手帳 ・ 薬 ・ 紹介状 ・ 検査データ ・ 化粧品 ・ その他	
喫煙習慣： なし ・ やめた ・ あり （1日　本 ×　年)	
薬アレルギー： なし ・ あり	身長　cm
内服中の薬： なし ・ あり	体重　kg
治療中の病気：	妊娠している 授乳している

いつからですか？
どのような状態ですか？

20　年　月　日　時　分記入