

『キュアスポット ひなかた 問診票』(アトピー専用)

初診 年 月 日

ふりがな

氏名 _____

大正・昭和・平成 年 月 日生(満 才)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯 _____

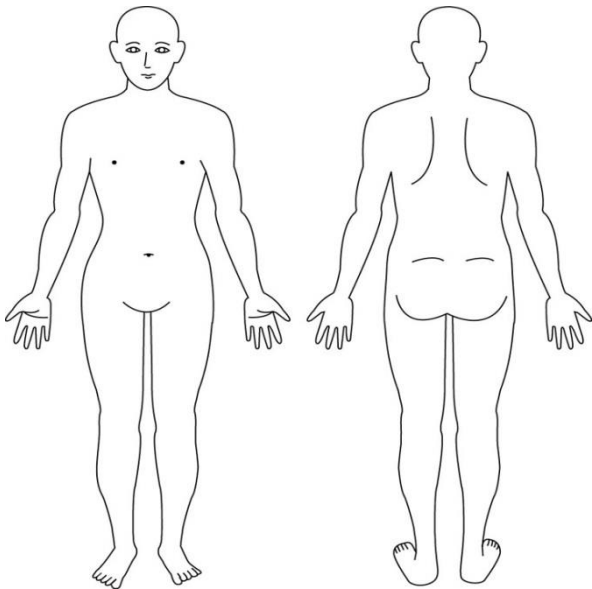
職業 自営・勤務・学生・専業主婦

仕事内容(座り仕事が多い・立ち仕事が多い・冷暖房設備の近く)

以下症状についてお答えください

現在一番お困りの症状についてお答え下さい。

- ・どこが一番かゆいですか? _____
- ・いつから症状が強くなりました? _____
- ・何歳のとき発症しましたか? _____
- ・ほかに何か治療をしていますか? _____
- ・アレルギーはありますか? _____
- ・近い親族にアトピーの人はいますか? _____
- ・悪化する原因に心当たりありますか? _____
- ・ほかに困っている症状はありますか? _____



図の中に症状の出る場所をご記入ください

以下アンケート

どちらで当院をお知りになりましたか?

ホームページ

紹介された(_____)/その他(_____)

当院に決めた理由	当院に来ることが不安だった理由

ご協力ありがとうございました