

## 予診表

お名前

---

ご住所

---

電話番号

職業

---

下記の質問にお答え下さい。

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1, あなたには医師に知らせておくべき慢性的な病気がありますか？     | はい  |
| 記入欄 _____                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2, あなたは、何らかの薬を日常的に服用されていますか？         |   |
| 記入欄 _____                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3, あなたは、薬や皮膚過敏など何らかのアレルギーはありますか？     |   |
| 記入欄 _____                            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4, (女性用) あなたは、妊娠していますか？              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5, (女性用) 月経は順調ですか？                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7, (女性用) ピルを服用していますか？                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8, 直射日光に当たると皮膚はどのようになりますか？(選択してください) |   |
| <input type="checkbox"/> 赤くなりすぐさめる   | <input type="checkbox"/> 赤くなるがめったに黒くならない          |
| <input type="checkbox"/> 赤くなり時々黒くなる  | <input type="checkbox"/> たいてい黒くなる                 |
| <input type="checkbox"/> 必ずすぐ黒くなる    |   |

日付：令和 年 月 日

サイン

---