

## 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。

ハイ

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？

記入欄

---

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

---

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

---

4, (女性用) あなたは、妊娠していますか？

5, (女性用) 月経は順調ですか？

7, (女性用) ピルを服用していますか？

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)

赤くなりすぐさめる

赤くなるがめったに黒くならない

赤くなり時々黒くなる

たいてい黒くなる

必ずすぐ黒くなる

日付：平成 年 月 日

サイン

---