

ふりがな		男 女	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前			年 月 日生まれ ( 歳)
ご住所	〒 _____		
携帯番号		15歳未満の方は体重をご記載ください	
電話番号		kg	

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。尚、ご記入いただきました情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします

・本日の受診目的に○をつけてください

保険診療 (①へ) ・ 自費診療 (②へ)

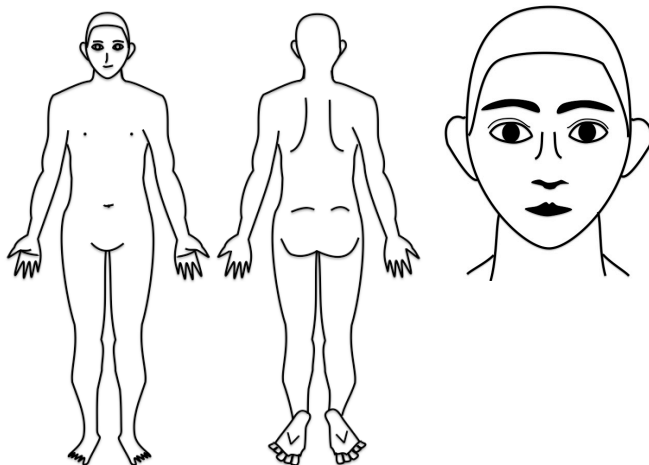
(保険診療と自費診療の同日の診療・相談はできません)

### ①保険診療をご希望の方

湿疹・かぶれ・かゆみ・乾燥肌・アトピー性皮膚炎・手荒れ・にきび・じんましん・水虫  
いぼ・たこ・うおのめ・虫刺され・できもの・脱毛症・ヘルペス・痛い・腫れている  
赤い・陥入爪・やけど・あざ・血管腫・毛細血管拡張症・ほくろ・粉瘤・その他( )

### ②自費診療 (美容) をご希望の方

しみ・そばかす・肝斑・ニキビ跡・毛穴・酒さ  
レーザー・ピーリング・美白剤・医療脱毛  
プラセンタ・その他 ( )



・診察を希望される部位に○をつけてください

・その症状はいつ頃からですか

( )

・今までかかった病気・治療中の病気を教えてください

無 ・ 有 【糖尿病・高血圧・心臓病・脳梗塞・腎臓病・喘息・緑内障・前立腺肥大・肝炎】  
その他( )

・常用している薬はありますか?(市販薬サプリメントを含む) (お薬手帳をお持ちでしたらお出しください)

無 ・ 有 → 【薬剤名: \_\_\_\_\_】

・血液の流れをサラサラにするお薬を飲まれていますか: はい ・ いいえ

・薬や食物でアレルギーをおこしたことはありますか?

無 ・ 有 【具体的に: \_\_\_\_\_】

・現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか?

妊娠していない  妊娠の可能性がある  妊娠中 ( 週)  授乳中

・当院は何でお知りになりましたか?

Google 検索・Google map・予約サイト (EPARK)・病院なび・家が近い  
職場 (学校) が近い・知人家族の紹介・医療機関(病院名: \_\_\_\_\_)  
その他( )