

ふりがな

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 職業 _____

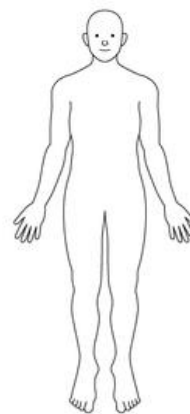
大・昭
生年月日： 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg初診又は
変更時 { 〒 _____ 電話番号： _____
携帯番号： _____

住所： _____

1. 症状はいつからありますか？ _____ からある

2. どのような症状でお困りですか？ 症状のある場所に○してください

- ☐ かゆい ☐ 痛みがある
☐ 湿疹がある ☐ じんましんがでた
☐ その他（下記にくわしくご記入ください）



正面

3. 以前もしくは現在治療中の病気はありますか？

- ☐ 特にない
☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大 ☐ 喘息 ☐ 腎臓病
☐ その他（下記にご記入ください）

① 病名 _____ 医療機関 _____ 歳頃

② 病名 _____ 医療機関 _____ 歳頃

4. アレルギーはありますか？

- ☐ ない ☐ ある（ _____ ）

5. 女性の方にうかがいます。

- ・妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい（予定日： _____ ）
・授乳していますか？ ☐ いいえ ☐ はい

6. 当院を知っていただいたきっかけは何ですか？

- ☐ 他院からの紹介 ☐ 家族・知人の紹介 ☐ インターネット ☐ YouTube ☐ その他（ _____ ）

7. シミなどの美容治療に興味はありますか？

お薬手帳をお持ちの方受付へお出してください

- ☐ はい ☐ いいえ

- ☐ あり ☐ なし

☐ 返却