

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： \_\_\_\_\_

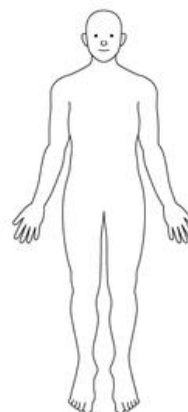
住所： \_\_\_\_\_

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？ はい いいえ

8. お薬手帳をお持ちの方受付へお出してください あり なし 返却