

はじめての方・久しぶりにご来院の方へ

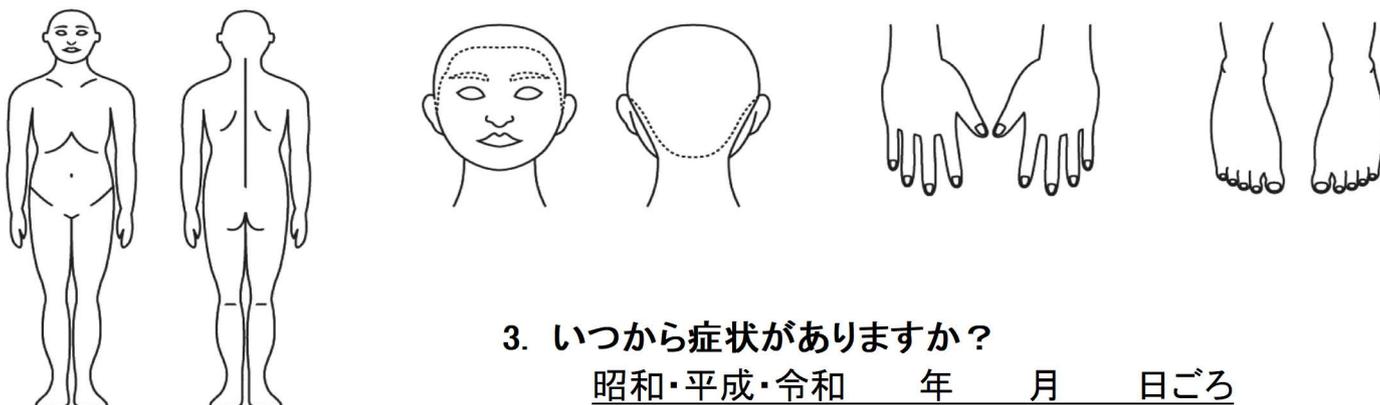
フリガナ			
名前			性別 男 ・ 女
住所	〒 _____		
連絡先	携帯番号:	自宅(携帯番号がない場合):	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年齢 才
身長・体重	cm	kg	職業

1. 当てはまる症状に☑を入れてください。

- 赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ 水ぶくれ 化膿 かさつき
フケ イボ 水虫 にきび やけど 円形脱毛 男性型脱毛症
アトピー性皮膚炎 更年期障害 肥満 わきが・多汗
しみ しわ ほくろ にきび跡 ピアスを開けたい
その他()

※症状がある部位にお化粧品・日焼け止めを塗っている場合は落としていただきます。

2. 症状がある部位に○をつけてください。



3. いつから症状がありますか？

昭和・平成・令和 年 月 日ごろ

4. 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？(女性の方のみ)

- はい → ・妊娠中(月)
 ・授乳中
いいえ

5. 薬剤のアレルギーはありますか？

- ある → 薬剤名()
なし

6. その他アレルギーはありますか？

- ある → ・金属 ・食物 ・動物 ・花粉 ・その他()
なし

***裏面も記載してください。**

6. 今回の症状の原因として思い当たる事がありますか？

- はい → 例: 食べ物・薬・仕事・どこかへ出かけたなど()
- いいえ

7. この症状について、他の医療機関で治療をしていましたか？

- はい → 病院名()
- 治療内容・薬剤名()
- いいえ

8. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

- はい → ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・痛風 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳卒中
・喘息 ・緑内障
・その他()
- いいえ

9. 現在服用中のお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

- はい → 薬剤名()
- いいえ

10. 飲酒はされますか？

- はい → ・毎日 ・たまに
- いいえ

11. タバコを吸いますか？

- はい → 1日の喫煙本数(本)
- いいえ

12. 当院では以下の美容治療も行っています。興味がある項目に☑を入れてください。

- 美白・美顔 (・内服薬治療 ・外用剤治療 ・レーザー治療)
- プラセンタ注射 美容・若返り注射 美容・若返り点滴
- ヒアルロン酸注入 ボツリヌス注入 まつ毛育毛剤 医療レーザー脱毛

13. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

- 既に皮膚科に通っていた 地域の情報誌(クータ) LINE 看板 電話帳
- 当院のパンフレット 家族の紹介 知人の紹介
- ネット検索による当院 HP ネット広告による当院 HP
- WEB サイト:ドクターズファイル WEB サイト:病院なび WEB サイト:caloo
- WEB サイト:Medical DOC Facebook Instagram
- 他の医療機関からの紹介
- その他()

*ご記入ありがとうございました。

受付までお声がけください。