

該当する方にチェックしてください！

□はじめての方 □久しぶりにご来院の方へ

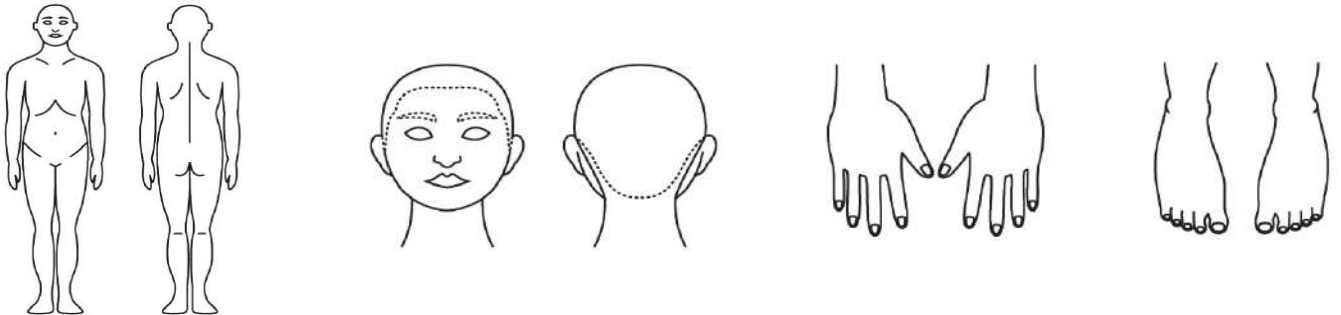
フリガナ			
名前			性別 男 ・ 女
住所	〒 _____		
連絡先	携帯電話:	自宅(携帯電話がない場合):	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	才
身長・体重	cm	kg	職業

1. 該当するお悩みにチェックをしてください。

- 赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ 水ぶくれ 化膿 かさつき 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  
わきが・多汗 しみ しわ ほくろ にきび跡 ピアスを開けたい  
更年期障害 肥満 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診察前に落として下さい。

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. 身体に合わない薬剤はありますか？(アレルギー・お腹がゆるくなる等)

- 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

7. 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

↓ 裏面も記載してください ↓

## 8. 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

## 9. 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

## 10. 現在服用中のお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？

- はい → 薬剤名( )  
 いいえ

## 11. 飲酒はされますか？

- はい → ・毎日 ・たまに  
 いいえ

## 12. タバコを吸いますか？

- はい → 1日の喫煙本数( 本)  
 いいえ

## 13. 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  美肌・美容注射  美肌・美容点滴  
 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

## 14. 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)  
 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)から当院 HP  WEB サイト:(病院なび)から当院 HP  
 WEB サイト:(caloo)から当院 HP  WEB サイト:(Medical DOC)から当院 HP  
 Facebook からネット検索による当院HP  
 Instagram からネット検索による当院HP  
 LINE  看板  電話帳  土浦市の窓口封筒  
 その他( )  
 他の医療機関からの紹介

**\*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。**

※カルテの作成にお時間をいただきます。  
 ご迷惑をおかけして申し訳ございませんが、ご協力お願いいたします。