

※確認のためお名前をお呼びすることがございますが、呼名によって支障がある方は、事前に担当者までお申し出ください。

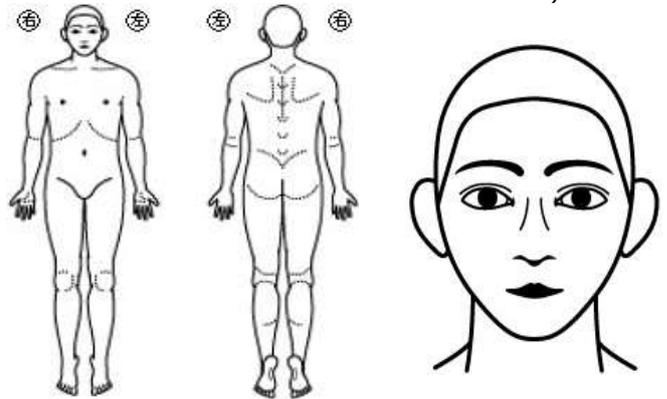
記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒□□□-□□□□	
電話番号	15歳以下の方は体重をご記入ください	
携帯番号	kg	

## ① 本日の受診目的に○を付けてください

湿疹 アトピー性皮膚炎 乾燥肌 にきび・にきびあと かぶれ 水虫 巻き爪 たこ うおのめ じんましん  
虫刺され 乾癬 あざ 赤ら顔 しみ シワ 肝斑 そばかす 毛穴 肌荒れ ほくろ いぼ 首のいぼ  
水いぼ ヘルペス 脱毛症 できもの 皮膚がんの疑い やけど けが かゆい 痛い 腫れている  
その他 ( )

## ② 診察を希望される部位に○を付けてください



## ③ その症状はいつ頃からですか？

## ④ それについて、今までにどこかで治療されていますか？

( はい ・ いいえ )

( 治療薬など具体的に :

## ⑤ 食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

無 ・ 有 [ 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ その他( ) ]

## ⑥ 薬(のみぐすり、注射)でアレルギーを起こしたことはありますか？薬の名前が分かれば書いてください

無 ・ 有 [ 抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 痛み止め ・ 局所麻酔薬 ・ その他 (薬品名 ) ]

## ⑦ 今までかかった病気を教えてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 アレルギー性鼻炎(花粉症) アレルギー性結膜炎 喘息  
その他( )

## ⑧ 常用している薬はありますか？お薬手帳があれば一緒にご提示ください

無 ・ 有 (薬剤名 :

## ⑨ 現在、妊娠・授乳中ですか？

 妊娠していない  妊娠の可能性がある  妊娠中 ( 週)  授乳中

## ⑩ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人 ・ 家族の紹介 ・ ホームページを見て ・ 三田線の看板を見て ・ 当院の看板を見て ・ 近いから ・ ポスティング  
他の医療機関からの紹介 (病院名 : ) その他( )

## ⑪ 当院では保険診療の他に自費診療(保険対象外)を行っています。何かご興味はおありですか？

シミ  肝斑  くすみ  そばかす  しわ  たるみ  ニキビ  ニキビあと  毛あな  
 いぼ  ほくろ  アザ  プラセンタ注射  ビタミン点滴  ボトックス注射  ドクターズコスメ

これらの自費診療について説明と費用を聞いてみたい ⇒  はい  いいえ

※美容のご相談の方は裏面もご記入ください