

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 <sup>T・S</sup>/<sub>H・R</sub> \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才

職業 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg (15歳以下の方ご記入ください)

住所 〒 \_\_\_\_\_

固定電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

**受診目的が保険外診療（ピアス・IPL・医療脱毛・AGA/ED治療）  
の場合は、来院時に受付にお申し出ください。**

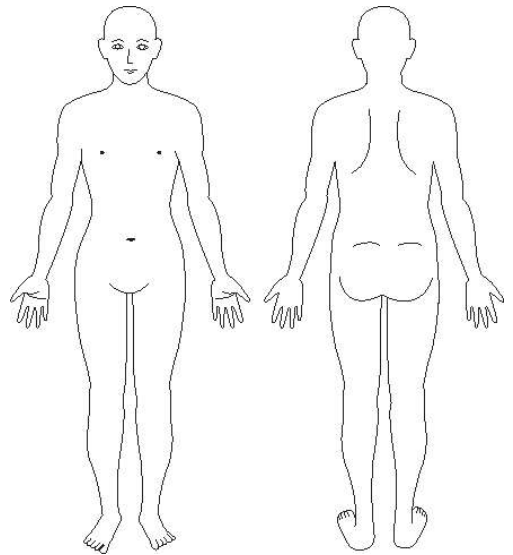
お仕事中（通勤時を含む）のけがでの受診ですか？（はい・いいえ）

※ 当院は労災指定医療機関ではありません。労災申請の可能性のある方は、受付にお知らせください。

※ 学校でのけが、他者から負わされたけがの場合も、受付にお知らせください。

現在の症状について記載して下さい。 体温 \_\_\_\_\_ ℃

- ① いつから
- ② どこに（右の図に○印か矢印で示して下さい。）
- ③ どのような症状がありますか。
  - 痛み・かゆみ・できもの・赤み・はれ・かさつき
  - にきび・しみ・ほくろ・やけど
  - その他（ \_\_\_\_\_ ）



この皮膚症状に関して治療を受けていましたか。

受けていない

受けていた

どこで（医院・病院の名称）…

いつから、いつまで …

心臓・腎臓・肝臓・免疫疾患、悪性腫瘍などの疾患として、診断を受けたことがありますか

はい      いいえ

病名（ \_\_\_\_\_ ）

現在、飲んでいる薬、お使いの塗り薬はありますか。（お薬手帳あればお出し下さい）

ある（ \_\_\_\_\_ ）

ない

現在治療中の病気がありましたらお書きください

高血圧症、心臓病、腎臓病、肝臓病、糖尿病、前立腺肥大、胃潰瘍、白内障、緑内障

その他（ \_\_\_\_\_ ）

これまでに薬や食物でアレルギー症状が出たことがありますか？

ある    ①薬（ \_\_\_\_\_ ）    ②食物（ \_\_\_\_\_ ）    ③その他（ \_\_\_\_\_ ）

ない

※女性の方のみ

妊娠の可能性はありますか？

（出産後の方のみ）現在授乳中ですか？

はい（ \_\_\_\_\_ 週）      いいえ

はい      いいえ

当院を何で知りましたか？ 近くに住んでいる・インターネット・バス広告・知人の紹介・他の病院の紹介・その他  
ご質問などございましたらお書きください