

ふりがな
氏名 _____ 男・女 生年月日 ^{T・S}/_{H・R} _____ 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。健康保険で受診の場合、労災保険に事後変更出来ません。

※ 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。

マイナ保険証による診療情報取得に合意しますか （ はい ・ いいえ ）

他の医療機関からの紹介状をもっていますか （ はい ・ いいえ ）

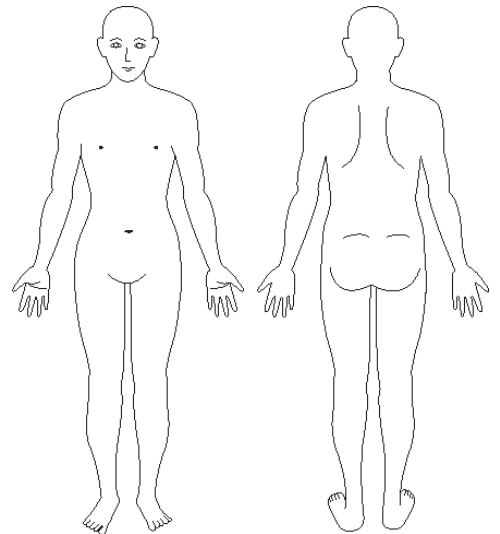
現在の症状について記載してください 体温 _____ °C

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。（ない・ある）（お薬手帳あればお出し下さい）

ある（ _____ ）

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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）