

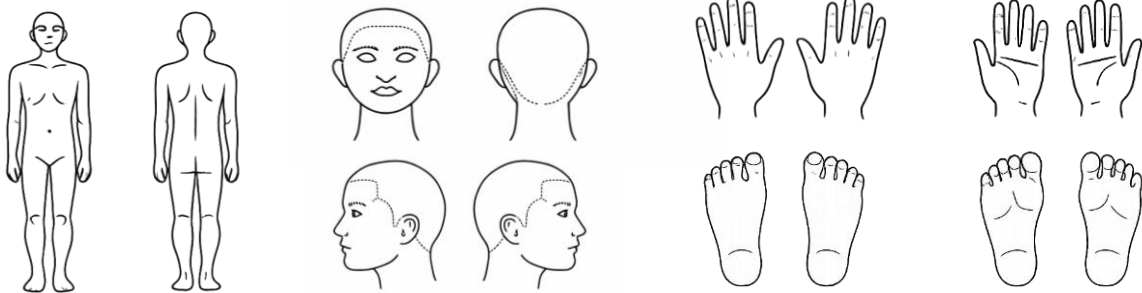
フリガナ		性別	生年月日		体重
お名前		男・女	・大正 ・平成	・昭和 ・令和	() kg
ご住所	〒		携帯番号	-	-
			自宅	-	-

① 本日、来院された理由について、□にチェックをしてください

- 診察（保険診療）→以下 a)へお進みください
 シミ相談・脱毛レーザー（自費診療）→以下 a)へお進みください
 うす毛・AGA（自費診療）→以下 e)へお進みください
 ピアス（自費診療）→以下 e)へお進みください
 ホクロ・ニキビ ※保険診療・自費診療どちらもあります →以下 a)へお進みください

a) いつから：さっき・今朝・昨日・()日前・()週間前・()カ月前・()年前b) 症状：できるだけ詳しくご記載してください
c) 当院では、アレルギー血液検査を実施していますが、ご希望されますか？（12歳以上の方）

- いいえ はい（受けてみたい・興味がある・検討する）

d) 症状のある部位に○印をつけてくださいe) 上記の症状に関して、現在または以前に受けられた治療や使用していた薬があれば教えてください

- ない ある（病名・治療内容・薬品名：)

② ①以外現在治療中の病気や服用中・外用中の薬（市販薬も含む）はありますか？

- いいえ はい（病名・治療内容・薬品名：)

③ お薬手帳はお持ちですか？

- いいえ はい（※おくすり手帳を持参されている方は診察時にご提出ください）

④ 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい（病名：)

⑤ 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ はい（薬品名：)

⑥ 【女性の方へ】現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

- いいえ はい → 妊娠中（ 週）・妊活中・授乳中（お子様の年齢 歳）

⑦ 診療記録および治療経過確認のため、診察時や治療前後に患部の写真撮影を行うことがあります。撮影画像は診療目的のみに使用し、適切に管理いたします。

- 同意します 同意しません

⑧ ご来院のきっかけを教えてください

- ご家族やご親族のご紹介 知人やご友人の紹介 病院や診療所からのご紹介
 クリニック前を通過 当院ホームページ ブログ
 ポータルサイト・院内新聞 看板（どちらの看板ですか：)
 その他 ()