

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）の場合は、  
来院時に受付にお申し出ください。

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

労災申請の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

※ 当院は労災指定医療機関ではありません

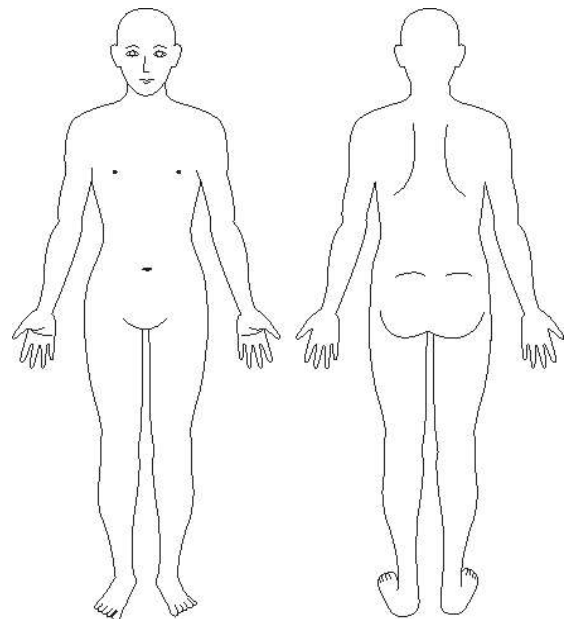
この皮膚症状に関して治療を受けていましたか。

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

※女性の方のみお答え下さい。

妊娠または妊娠している可能性はありますか？

はい ( \_\_\_\_\_ 週)    いいえ

(出産後の方のみ) 現在授乳中ですか？

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・電話帳・知人の紹介・他の病院の紹介