

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）

※ 労災の可能性のある場合は受付にお申し出ください。

※ 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。

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 ）

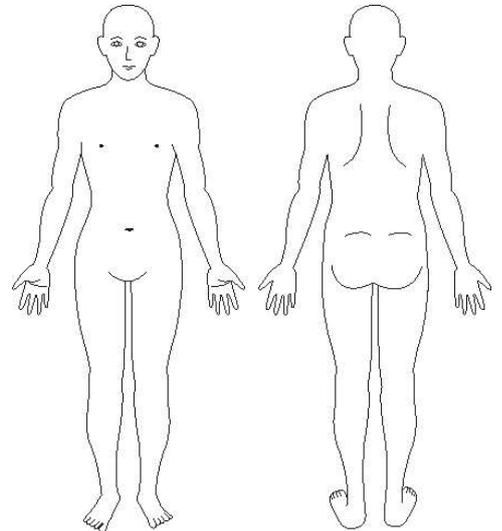
**現在の症状について記載してください** 体温 \_\_\_\_\_ °C

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・汗のお悩み
- 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？**

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・バス広告・知人の紹介・他の病院の紹介・その他