

受付日 令和 年 月 日

フリガナ	男・女 ※女性：妊娠している可能性がある・ない
氏名	(妊娠： 週目) (出産予定：R 年 月頃) (授乳 している・していない)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

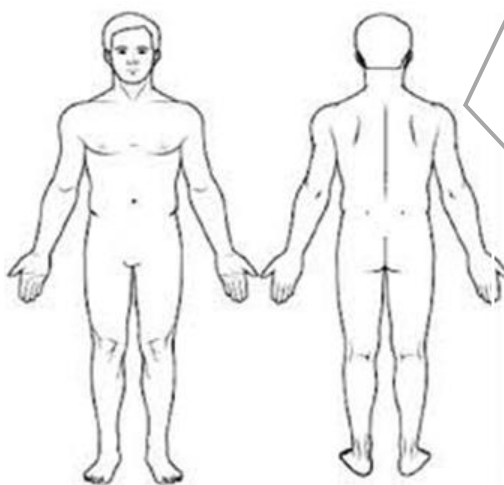
住所 〒 - 区・市・町

TEL 自宅 () 携帯番号 ()

職業：

当院を何で知りましたか？(家族、友人等の紹介)(HP)(西口看板・東口看板)(通りがかり)(その他：)

↓下記人体の絵に診てもらいたい部位を○で囲んで下さい



保険診療

- かゆい
 痛い
 はれている
 赤み
 水疱ができています
 イボがある
 発疹がある
 皮がむける
 ニキビ
 ホクロ相談
 除去希望の方は
自費になります。
 その他 ()

自費診療

- ホクロ除去
 シミ
 シワ
 たるみ
 ボトックス
 ヒアルロン酸
 レーザー脱毛
 プラセンタ注射
 ※保険適応になる場合も
 あります。
 ココ注射・美容点滴
 AGA (男性型脱毛症)
 その他 ()

※症状経過のため、必要時には患部の写真撮影を
させていただきます。※クレジットカードのご利用について
自費診療のお支払いのみご利用可能です。
保険診療ではご利用いただけません。

問1	本日はどのようなご相談で来られましたか？上記該当するものを <input type="checkbox"/> にチェックをお入れ下さい。 ()
問2	症状はいつ頃からありますか？(年 月 日頃～・ ヶ月前・ 日前～)
問3	今まで大きな病気をされたことはありますか？ はい ・ いいえ (病名：)
問4	現在何かの病気で治療を受けていますか？ はい ・ いいえ (病名：)
問5	現在、常用している薬はありますか？ はい ・ いいえ (薬品名：) ※お薬手帳などお持ちでしたら問診表と一緒にお願いします。
問6	薬や注射の過敏症はありますか？ はい ・ いいえ (薬品名：)
問7	何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事ありますか？ はい ・ いいえ (薬品名等：)