

ふりがな	生年月日	年齢	
氏名	大正 昭和 平成 年 月 日		男・女
住所 〒 -			
電話番号 - -		職業	

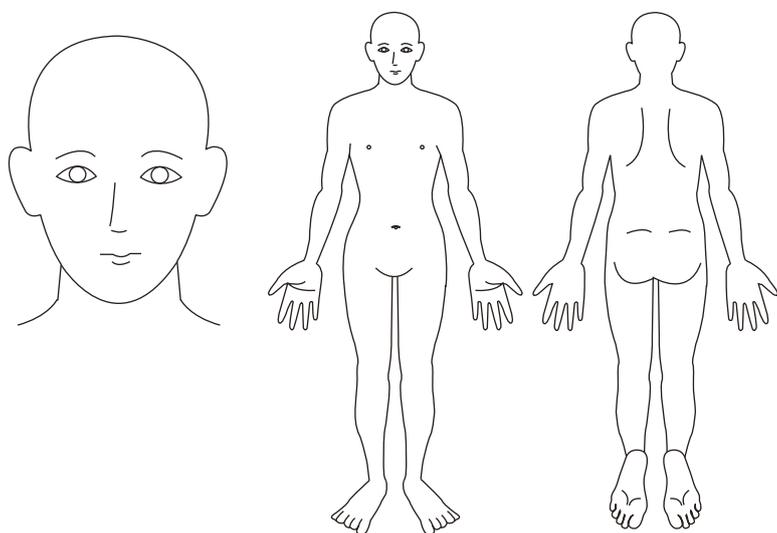
◆当院を受診された理由は何ですか？(該当するものを選び○で囲んで答えて下さい)

やけど・じんましん・虫さされ・できもの・湿疹  
ニキビ・抜け毛・爪トラブル・水虫・イボ  
その他( )

◆美容の相談◆

シミ・脱毛・傷あと・アンチエイジング  
ニキビ跡

◆それはどこですか？(体や顔の場所を○で囲んで下さい)



いつからですか？

今日( )時・昨日( )時  
( )日前・( )週間前・  
( )ヶ月前・( )年前  
( )歳から

◆症状は？  
かゆい・痛い・腫れている・出血・乾燥  
その他( )

◆現在治療中の病気、今までにかかった大きな病気がある方は教えてください。

・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳血管障害・糖尿病・高血圧・ぜんそく・高脂血症・結核( )歳時  
・その他( )

◆今までアレルギー等ありましたか？

ない・ある( )

◆家族の中で下記の病気の方はいますか？

・アトピー性皮膚炎・甲状腺疾患( )・糖尿病・膠原病・リウマチ・その他( )

◆動物を飼われていますか？ いいえ・はい(動物の種類 )

◆現在飲まれている薬・塗り薬などありますか？ お薬手帳をお持ちの方は、一緒に提出してください。  
他の病院で処方されている薬があれば薬名をご記入ください。

◆女性の方へ 現在、妊娠していますか？ はい( )ヶ月  
現在、授乳中ですか？ はい・いいえ