

お持ちの診察券番号

記入日 20 年 月 日

お名前（カタカナで）

年齢（ 才）

①前回と違う症状を教えてください。

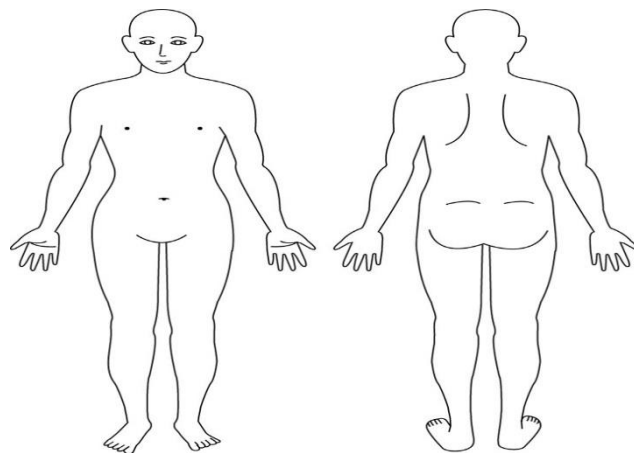
◆いつ頃から？

◆症状の箇所に印をお付け下さい ⇒

◆どのような症状ですか？当てはまるものがありましたら○を付けて下さい。

かゆみがある・痛みがある・ヒリヒリする・皮がむける・赤みがある・イボ・ニキビ ほくろ・タコ・やけど・巻き爪・その他

（ ）



②保険外診療の相談 当てはまるものがありましたら○を付けて下さい。

（ ） シミ、（ ） **AGA**（男性型脱毛）、（ ） ピアス、（ ） フォトフェイシャル

その他（ ）