

(フリガナ)

お名前： (男・女) 記入日 20 年 月 日

生年月日：(明・大・昭・平) 年 月 日 年齢： 才 (お子様は体重： kg)

住所：(〒 - )

電話番号：( )

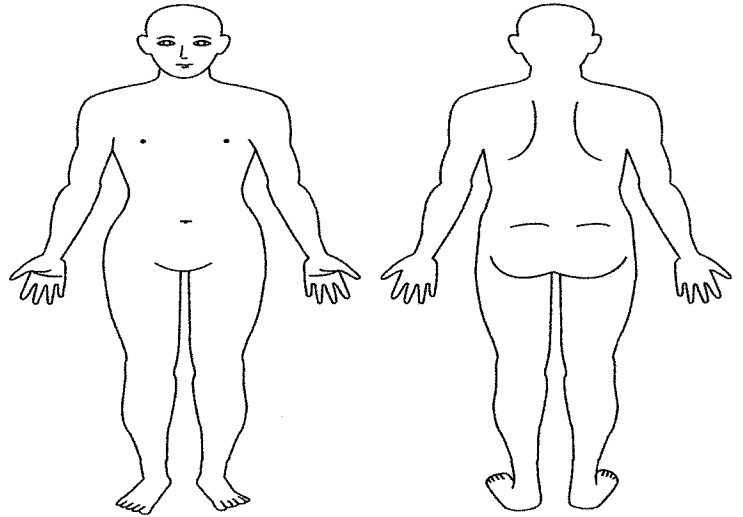
①本日の症状について。

\*初診時は「水いぼ」は摘除できませんので  
ご注意ください。

◆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○をつけて下さい。

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

シミ・タコ・魚の目・巻き爪・やけど・ケガ・その他 ( )



◆いつ頃からですか？

◆上記の症状について他医院に受診しましたか？ (はい・いいえ)

②今までにかかったことのある病気、もしくは治療中の病気はありますか？

当てはまるものがありましたら○をつけて下さい。

糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・胃十二指腸潰瘍・緑内障・前立腺肥大  
その他 ( )

③現在、飲んでいる薬はありますか？ (はい・いいえ)

④アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方は ( )

⑤女性の方に伺います。妊娠中又は、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

⑥自費診療の相談 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 ( )