

フリガナ _____

お名前 _____ 女・男 生年月日 大・昭・平成 年 月 日(才)

〒

ご住所 _____ ※15歳以下の方は体重 _____ kg


自宅 TEL () - 携帯 TEL () - ご職業 _____

ご連絡しても良い番号はどちらでしょうか？ 自宅・携帯

・紹介状をお持ちの方は受付にお出し下さい。

・麻疹(はしか)・風疹・水ぼうそうなど、感染症の疑いのある方は受付までお伝えください。

1. 症状(ご相談)についてなるべく詳しく教えてください。

 症状の出ている部位に印をつけてください。

いつ頃から? _____

どこに? _____

どのような症状(ご相談)ですか?

かゆい・カサカサ・痛い・腫れている

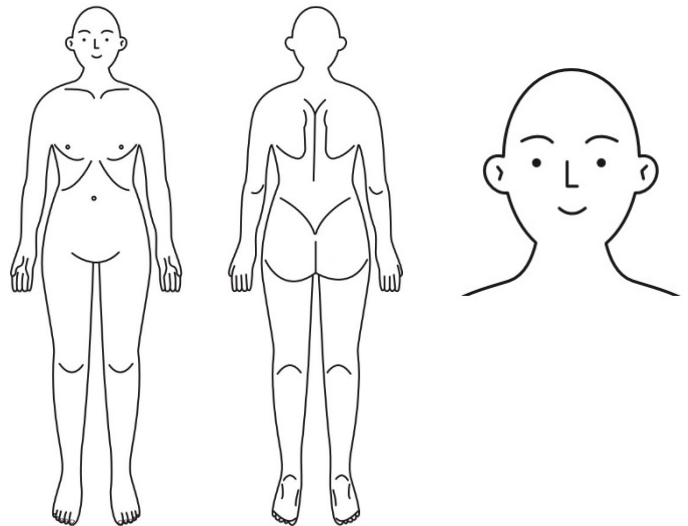
できものがある・じんま疹・ヤケド

ニキビ・イボ・水虫・ホクロ

その他 ()

※じんま疹などでご気分の悪い方は教えてください。

しみ・ニキビ跡の赤み、陥没・傷跡等 症状によっては
後日美容カウンセリングの対象になる場合があります。



2. 上記の症状で他の病院へかかっていますか?

いいえ・はい (病院名) _____ 薬の名前 _____

3. 他に現在治療中の病気、もしくは過去に大きな病気(入院・手術・通院等)はありますか?

いいえ・はい (病名) _____ 歳頃 薬の名前 _____

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出しください。 手帳 あり・なし

4. 薬や食べ物・花粉症などのアレルギーはありますか?

いいえ・はい (薬・食べ物の名前) _____

5. 感染症はありますか? いいえ・はい

B型肝炎(HBV)・C型肝炎(HCV)・ヒト免疫不全ウイルス(HIV)・その他 ()

6. 今まで注射や点滴で、具合が悪くなったり倒れたりしたことはありますか? いいえ・はい

7. 女性の方へ

現在妊娠している(月)・可能性あり・妊娠していない・授乳中(月)

8. ご来院のきっかけを教え下さい。

HP・知人、家族の紹介・ファクトリー看板、案内を見て・以前に受診した・その他 ()

ご協力ありがとうございました。