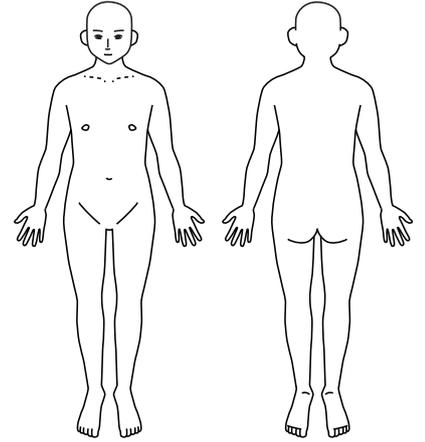


※必須 カナ _____	職業 _____
名前 _____	性別 男性・女性 _____
生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢 _____ 歳
住所 (〒 _____ ) _____	
電話番号 自宅 _____ 携帯 _____	

1. 本日はどのような症状がありますか?

かゆい、いたい、肌荒れ、赤み、湿疹、かぶれ、じんま疹、水虫、巻き爪、いぼ、  
 にきび、大きくなった、多汗、しみ、しわ、くすみ、くま、たるみ  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. その症状はどの部位に見られますか? 右の図に記入してください。



3. その症状はいつ頃からありますか?

( \_\_\_\_\_ )

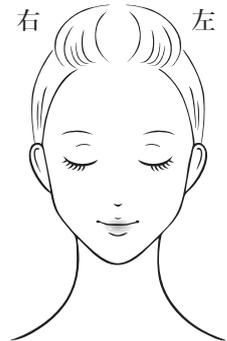
4. その症状に関して治療したことはありますか? (はい いいえ)

はいと答えた方は、他院から処方されているお薬や市販薬などがあれば記入して下さい。

内服:	外用:
-----	-----

5. 現在治療中の病気や怪我がありますか? (はい いいえ)

高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・脳梗塞・心臓病・肝臓病・腎臓病・気管支喘息・  
 甲状腺疾患・悪性腫瘍・膠原病・リウマチ・緑内障・前立腺肥大・婦人科系疾患・  
 その他・具体的に→ ( \_\_\_\_\_ )



6. 現在使用している薬はありますか? (はい いいえ)

内服:	外用:
-----	-----

7. 薬、麻酔、食品などで何かアレルギーがありますか? (はい いいえ)

具体的に→( \_\_\_\_\_ )

8. 血縁者(ご家族)に皮膚疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか? (はい いいえ)

具体的に→ ( \_\_\_\_\_ )

9. 女性の方へお聞きします。

・現在妊娠の可能性はありますか? (はい いいえ)

・授乳中ですか? (はい いいえ)

10. 当院をどのようにお知りになりましたか?

看板を見て・知人/友人の紹介・通りがかり・Google・Yahoo・EPARK・アイチケット・iタウンページ・  
 Facebook・バス広告・その他 ( \_\_\_\_\_ )

11. 美容治療(自費診療)のご希望はございますか? (はい いいえ)

※ 美容相談は、担当する医師の診療状況により呼び出し番号が前後する可能性がございます。ご了承下さい。

12. そのほか何か気になる点やご希望の治療などございましたら記入してください。