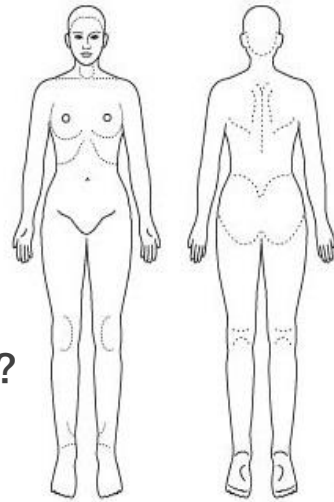


ふりがな 氏名	男・女	大・昭・平・令
※未成年の方のみ記入 保護者氏名	生年月日	年 月 日(歳)
〒	電話(自宅)	
住所	電話(携帯)	
【当クリニックをどこで知りましたか?】		
家族・知人の紹介	インターネットで検索	家や職場が近かった
タウン誌で見た(雑誌名: _____)		電信柱広告・駅看板
他の医療機関からの紹介(病院名 _____)		その他(_____)
ご職業	他院歴	
<input type="checkbox"/> マイナ保険証による診療情報取得に同意します。 *1年以内に健診を受けましたか? はい・いいえ		

●今日はどうされましたか? (かゆみ・痛み・湿疹・できもの等、美容相談の方はご要望をお書き下さい)
 *顔の症状のご相談は、皮膚専門拡大鏡を用いた診察を行うためなるべくお化粧をせずにご来院ください。

●いつ頃からですか?

●どこの部位ですか? 右の絵に○を付けて下さい



●今までに大きな病気や手術、または現在治療中の病気はありますか?

ない・ある (_____)

●現在飲んでいるお薬はありますか?

ない・ある (_____)

●アレルギーはありますか?

ない・ある (喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・金属アレルギー
 薬のアレルギー(薬の名称 _____) その他(_____)

●女性の方へ、妊娠中・授乳中ですか? 妊娠 (_____ 週) ・ わからない ・ 授乳中

●嗜好品 タバコを吸う ・ アルコールを飲む

●その他なにかあればご記入下さい