

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日
お名前		女	職業(パート含む)			
ご住所	〒	—	電話	自宅		
				ケイタイ		
メールアドレス						

★以下に当てはまる方は受付にお声かけ下さい。

- ◆しらみ・水ぼうそう・疥癬(かいせん)、風しんなど他の方にうつす可能性が疑われる方
- ◆禁煙外来・自費治療 [ピアス・美容注射・レーザー(脱毛・ニキビ・しわ等)・ボトックス注射・ヒアルロン酸注射] 希望の方
- ◆業務上、または通勤による負傷・病気の方 (労災)

1, 症状が出たのはいつからですか? (年、 月、 週、 日) くらい前から

2, 部位はどこですか? 右 左

頭 顔 首 手 うで

全身 胸部 背部 足 ひざ下 ひざ上

腹部 おしり デリケート 爪 その他()

3, どのような症状ですか?

かゆい 痛い 赤み しこり その他()

4, 現在他院にて治療をされていますか? あり なし

()

5, 他に、病気はありますか? あり なし

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 前立腺肥大 緑内障

ぜんそく その他()

6, 現在、服用中のお薬はありますか? あり なし

お薬の名前()

7, アレルギーがありますか? あり なし

薬、食べ物、その他()

女性の方へ

8, 現在妊娠中ですか? または、妊娠の可能性はありますか?

はい⇒現在()週目 いいえ

現在、授乳中ですか? はい いいえ

9, ご希望の診察内容に○をお付け下さい。

保険治療のみ 自費治療に興味あり どちらでも良い

その他()

10, 当院はどちらでお知りになりましたか?

入り口看板 紹介(様) ホームページ スマホ用ホームページ

インスタグラム 北区身近なお医者さん タウンページ その他()

11, ホームページをみたことがありますか? はい いいえ

12, こちらから季節のおたよりや割引などのお知らせのハガキをご希望されない方はチェックをお願い致します。

希望しない

皮膚科/アレルギー科/形成外科
中島皮フ科