初回診療申込書

初診日　　年　　月　　日　　番号

ふりがな		性　別	女　・　男
氏名		ご職業	
生年月日	大 昭 平　　年　　月　　日　　才	配偶者	有　・　無
住　所	〒		
電 話 番 号 （2 つ必須）	1 本人　　2.緊急連絡先(御自宅か御家族かお勤め先の番号)		

本日の受診希望（どちらかに ○ ）**保険診療**　　**自費診療**

本日のご相談の内容をお選び下さい。 （　）内も○で選択して下さい。 その他今後気になる施術に関しては下記6.に記入下さい。	□脱毛　□プラセンタ注射 □ケミカルピーリング　□メディカルエステ （セルフ・おまかせ）□ホクロ □フォトフェイシャル　□イボ □ヒアルロン酸（部位：　）□ウィルス性イボ（液体窒素・注射・レーザー） □ボトックス　（部位：　）□薬処方 □ピアス　（部位：　）□コスメ □エストロゲン　□その他（　） □美容点滴・注射
1.いつから	
2.部　位	
3.症状は	かゆみあり　痛みあり　痛がゆい　特に症状無し　の皮疹 その他（　）
4.経過は	良くなっている　・　悪くなっている　・　変わらない その他（　）
5.この症状に対して、市販薬または他院からの処方薬を使用しましたか？	いいえ　・　はい　　薬の名前： 使用期間：
6.診察・治療についてのご希望等があればお知らせ下さい。	

既往歴（今までにした、大きな病気があればご記入ください。）	病名	何才の時ですか。
薬などでアレルギーがある方は、ご記入ください。	薬の名前	その他（食べ物など）
現在使用している薬等があれば、ご記入ください。	薬の名前	何の薬ですか。

女性の方へ　現在妊娠していますか。　　いいえ　・　はい

今までに精神科や心療内科へ通院した事はありますか。　いいえ　・　はい	その時の病名・使用した薬
歯医者さんなどで麻酔をしたことがありますか。　いいえ　・　はい	その時異常がありましたか。　いいえ　・　はい

当院の WEB サイトはご覧になりましたか。　・はい　・いいえ

メールマガジン配信希望の方は E メールアドレスをご記入下さい。
@

;自費診療メニュー希望の場合も、医師が皮膚の状態を診察しますので、保険証をお持ち下さい。