

初めて来院された方へ

事後に保険証の確認が必要になる場合があるため、保険証のコピーを電子カルテに保存させて頂いております。予めご了承ください。

フリガナ

生年月日

(大正・昭和・平成・令和)

年 月 日

氏 名

☐院長希望

年齢(満 才)

性別(男・女)

住 所 (〒 -)

携帯電話 ()

自宅電話 ()

下記の項目について記入 もしくは○で囲んでください。(わかる範囲で結構です。)

1. お悩みの部位に○をつけて下さい。 →

●いつ頃からですか？ (から)
(おおよそでかまいません)

●どのような症状ですか？

ぶつぶつ かさかさ 赤み 美容相談(しみ・ホクロ・他)

水ぶくれ やけど 水虫 にきび いぼ たこ/魚の目

じんましん アトピー ピアスあけ(希望の色)

その他 ()

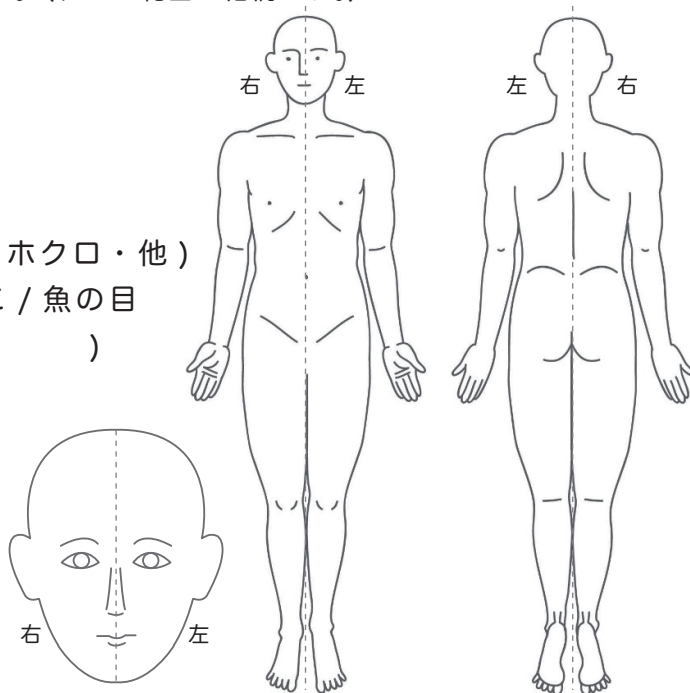
●かゆみや痛みはありますか？

無い・かゆい・痛い・いたがゆい

●思い当たる原因はありますか？

薬/食べ物/化粧品/虫さされ/不明

その他 ()



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？

いいえ・はい → 医療機関名 () 病名 ()

治療内容 ()

3. 現在他に治療中の病気はありますか？

いいえ・はい→アトピー/喘息/糖尿病/高血圧/前立腺肥大/緑内障/脳疾患

肝臓病/腎臓病/心臓病/その他 ()

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳/有・無・忘れ)

いいえ・はい → ()

5. 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい → 薬品名 ()

食品名 ()

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳していますか？

いいえ・はい → 妊娠中・授乳中・可能性がある

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ

通りがかり

知り合い

折込チラシ

駅前看板

Google グーグル

8. その他何かありましたらご記入ください。