

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日 (____歳)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____

メールアドレス _____

1. 受診された主な目的は？

<保険診療>

できもの・いぼ・ほくろ(黒子)・あざ

けが・やけど・キズ痕

爪のトラブル

まぶたのたるみ(眼瞼下垂)

わきが・わき汗

ニキビ

その他(_____)

<保険外診療>

しみ・そばかす・かんぱん(肝斑)・くすみ

しわ・たるみ(ボトックス・ヒアルロン酸など)

脱毛(部位 _____)

お肌のメンテナンス(毛穴・お肌のハリ・美白)

ニキビ・ニキビ跡

ピアス穴あけ・二重手術・薄毛

その他(_____)

2. いつ頃から気になりますか？ ____日前 / ____ヶ月前 / ____年前 / 生まれつき / 不明

3. 今までにその症状で何か治療したことがありますか？ なし・あり

あり→(どこで _____ 治療内容 _____)

4. 治療中の病気、または過去に大きな病気・手術などをしたことがありますか？ なし・あり

あり→(具体的に _____)

5. 現在飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬も含む)はありますか？ なし・あり

あり→(薬剤名 _____)

6. アレルギーはありますか？ いいえ・はい (内容 _____)

7. 現在妊娠している可能性はありますか？もしくは授乳中ですか？ いいえ・はい

8. その他、治療に関してご希望や相談したい事がありましたら、ご記入下さい。

(_____)

9. 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。

(ホームページ・Instagram・看板・近隣・ご紹介(紹介者名 _____))