

全ての項目をご記入ください

※通勤中や職務中・学校での発症の方は必ず受付にお申し出ください

フリガナ		性別	男 ・ 女
お 名 前			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	体重	Kg
ご 住 所	〒	※住所は医師法施行規則等 23 条で 診療録に記載することが義務付けられて います。ご記入お願いいたします。	
	メールアドレス		
	連絡先 () - -		

当院ではマイナ保険証を通した患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に心がけています。

正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※マイナ保険証をご利用した方→マイナ保険証の情報取得に同意されましたか？ はい ・ いいえ

※他の医療機関から紹介状は持参頂いていますか？ はい・いいえ

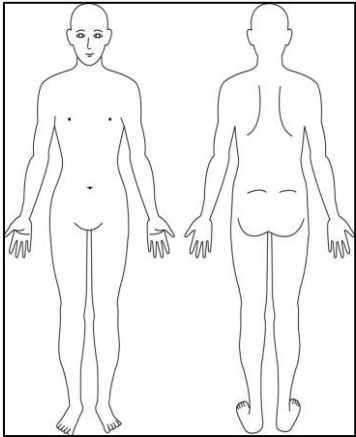
※この1年間の間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？はい・いいえ

① いつ頃からお困りですか？ 具体的に記入して下さい。

(日前から／ 年 月 日から／ 歳から)

② 症状や心配されている病名に○を付け、右の図に○をつけて下さい。

かゆい 痛い 腫れ 赤い 水ぶくれ しこり アトピー性皮膚炎
蕁麻疹 虫さされ ニキビ イボ ヘルペス 水虫 怪我
()



③ この症状で治療を受けたことがありますか？

はい いいえ 『はい』の方はご記入下さい。⇒ 医療機関名 ()
診断名 ()

④ 現在、皮膚科以外の科に通院中ですか？ また、既往歴はありますか？

はい いいえ 『はい』の方は以下にご記入、または○をつけて下さい。
疾患名 アレルギー性鼻炎 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障
その他 () 医療機関名 ()

⑤ 現在常用している内服薬・外用薬・健康食品はありますか？

はい いいえ 『はい』の方 ⇒ 薬品名 ()

⑥ 今までに、薬や食べ物、その他、アレルギーをおこしたことはありますか？

はい いいえ 不明 『はい』の方 ⇒ 具体名 ()

⑦ 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠・授乳中ですか？ はい (現在 週 or ヶ月) ・ いいえ ・ 分からない

⑧ 美容診療ご希望の方のみお答えください。 ※ 美容診療には初診料 3,300 円を頂戴しております。

ご希望される、またはご興味のある施術・治療に○を付けてください。
ピーリング / 美容注射・点滴 / ハイドロキノン・トレチノイン / ピアス / サプリ (ビタミン剤) / 化粧品
AGA・FAGA (薄毛治療) / ニキビ / 毛穴 / シミ・くすみ / しわ・たるみ / その他 ()