

フリガナ		体重（～12歳）
氏名		Kg
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所	〒	
電話	TEL. () / 携帯 - -	
勤務先	TEL. ()	
来院のきっかけ：ホームページ 近所 内科 歯科 紹介（ ） Instagram ・その他		

① どのような症状で来院されましたか？ ※ニキビの方は、裏面もご記入ください。

症状：（ かゆい・赤い・痛い・ニキビ・その他 ）

いつから：（ ）前から

部位：（ 図に印をつけて下さい ）



② 上記の症状で治療を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名〔 〕： 病院名〔 〕

③ 今までに病気をされたことはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ 病名〔 〕

（アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息・心疾患・腎疾患・高血圧・高脂血症・糖尿病）

④ 現在服用中のお薬はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ お薬名〔 〕

⑤ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ⇒ アレルギー名〔 〕

⑥ 嗜好品についてお聞きします。

アルコール（ 日）・タバコ（ 本 / 日）

⑦ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい ⇒ （ ヲ月） ・ 授乳中

⑧ 治療についてお聞きします。（ 保険適応の治療のみ希望 ・ 保険適応外の治療も検討 ）

⑨ その他、気になるものに○をつけてください。

【お顔】 シミ・シワ・たるみ・ニキビ跡・毛穴・赤ら顔・ほくろ・脱毛・ピアス

【ボディ】 アートメイク・薄毛・デリケートゾーンのお悩み（ 尿漏れ・黒ずみ・痒みなど ） ・脱毛