

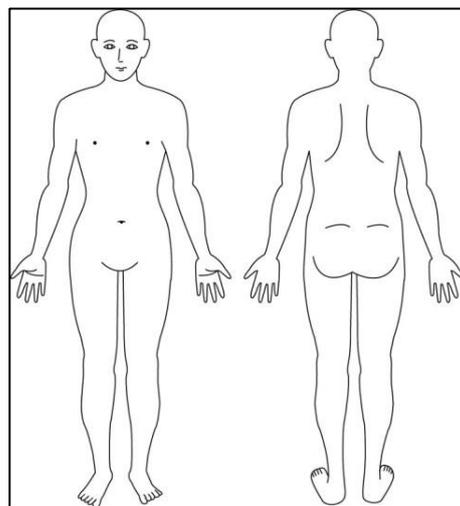
※労災になる可能性のある方は、必ず受付時にお申し出ください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	体重	Kg
ご住所	〒 - 連絡先(携帯電話など) - -	職業	

1. いつからどのような症状がありますか？患部に○をつけて下さい。

- ①いつから：() 前から
 ②症状：かゆい 痛い 赤い 腫れ かさかさ にきび 赤ら顔
 皮膚のできもの いぼ ほくろ 脱毛症 多汗症
 水虫 巻き爪 やけど ケガ
 その他 ()
 アレルギー採血検査希望 花粉症治療希望

※自費診療をご希望の方：いぼ しみ 薄毛 注射 プラセンタ



2. 上記の症状で、治療を受けたことがあれば内容を教えて下さい。

()

3. 現在、ほかに治療中のご病気はありますか？ (あり・なし)

病名() 薬()

4. 既往歴はありますか？ (あり・なし)

アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 肝疾患 腎疾患 肺疾患 膠原病
 前立腺肥大 緑内障 B型肝炎 C型肝炎 HIV 輸血 その他()

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

「あり」の場合 → 薬・食べ物の名前()

6. <女性の方> 現在、妊娠中・授乳中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中(妊娠 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中

7. 当院を何でお知りになりましたか？

当院 Web Google 検索 知人の紹介 家が近い 職場(学校)が近い その他()