

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生( )歳		
お名前	様		ご職業		
ご住所	〒	電話番号	( )		
		緊急連絡先	( )		

※就労中の受傷で労災をご検討の方は、恐れ入りますがお近くの労災指定病院へおかけください。

(1) どのような症状・目的でご来院されましたか？ 発熱のある方はスタッフまでお声がけください。

感染症が疑わしい症状の場合、拡大防止のため別室にてお待ちいただいたり、診察の順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。体温計は受付にご用意しておりますので、ご入り用の方はお申し付けください。

体温 ( ) 度

**保険診療**

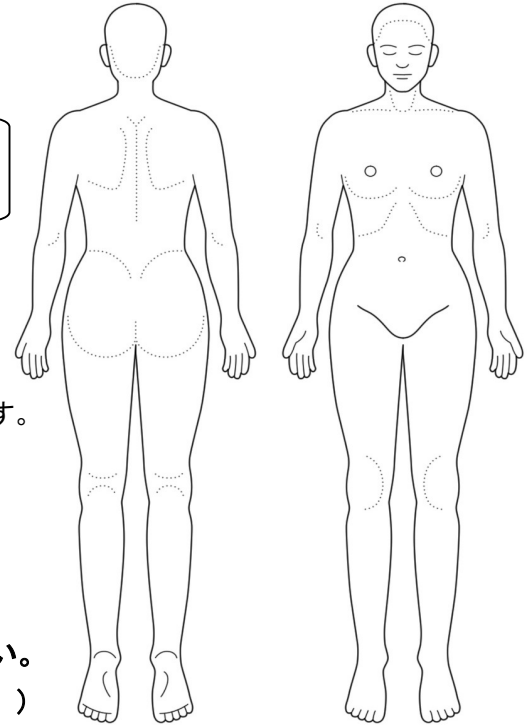
湿疹・カサつき・かゆみ・かぶれ・痛み・皮がむける・イボ・水イボ・やけど・虫さされ

水虫・花粉症・脱毛症・アレルギー検査・にきび

症状のある部位に○をつけてください↓

その他 ※お顔に症状が出ている場合は、患部のメイクオフをお願いしております。  
メイク落としをご用意しておりますので、受付スタッフまでお声がけください。

[ ]



**自費診療**

プラセンタ注射・にんにく注射・ピアス・AGA(男性型脱毛症)

シミ・肝斑・ピーリング・美肌治療

※自由診療はカウンセリング初診料¥3300、再診料¥1100 別途頂いております。

※お顔に症状が出ている場合は、患部のメイクオフをお願いしております。

メイク落としをご用意しておりますので、受付スタッフまでお声がけください。

(2) 症状が現れたのはいつ頃ですか？

( )

(3) 症状について以前に治療を受けたことがある場合は内容を教えてください。

ない ある ( )

(4) 現在治療中の病気はありますか？

ない ある ( B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他→ )

(5) 現在飲んでいる薬や使っている塗り薬などはありますか？

ない ある ( )

(6) 薬や食物のアレルギーはありますか？ ない ある→ ( )

(7) 授乳中、または妊娠の可能性はありますか？

授乳中 妊娠中( )ヶ月 不明 いいえ

(8) 15歳以下のお子さまへの質問です。

体重をお知らせください。( )kg / 内服薬の希望→ なし 錠剤 粉状 シロップ

昼食時、園や学校で薬の服用は可能ですか？ はい いいえ 投薬指示書が必要

※別途文章作成料がかかります。