

フリガナ		男・女	歳 月
お名前		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	〒 —		
電話番号	自宅 ( ) — 携帯 ( ) —	職業	

\*小児（14歳以下）の場合、体重を教えてください。（ kg）

\*女性のみ【 妊娠の可能性（ 無 ・ 有 ） 妊活中 妊娠 月（出産予定日 月 日） 授乳中 】

\*現在治療中の病気はありますか？  
 いいえ ・ はい【高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 前立腺肥大症 緑内障 高脂血症  
肝臓病（透析あり なし） 膠原病 がん 精神疾患 その他（ ） 】

\*過去にかかったことのある大きな病気について教えてください。【病名： 】

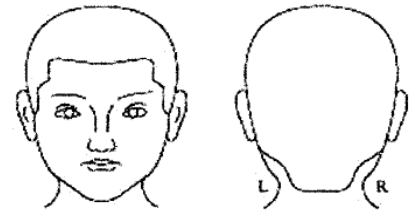
\*現在内服中のお薬はありますか？ 診察時にお薬手帳もお見せください。  
 いいえ ・ はい【お薬の名称： 】

\*アレルギーはありますか？ いいえ・はい 【ぜんそく アトピー性皮膚炎 花粉症 食物 薬 金属 光線過敏症 】

◆あてはまるのをすべて○で囲んでください。またイラストの該当する部位に印をつけてください

Q1：症状について

かゆみ 赤み 痛み 腫れ 水ぶくれ その他（ ）

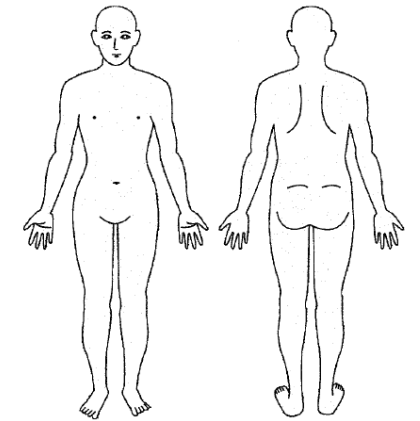


Q2：いつからですか？

昨日 今日 2～3日前 ( ) 週間前  
 ( ) ヶ月前 ( ) 年前 不明

Q3：相談したい内容

湿疹 アトピー性皮膚炎 おむつかぶれ とびひ 水いぼ・いぼ  
 にきび じんましん 乾癬 多汗（手・足・わき）  
 水虫 虫刺され 切り傷・擦り傷  
 やけど たこ・うおのめ 巻き爪 脱毛症  
 粉瘤 ほくろ その他できもの アザ（茶・青・赤）  
 その他（ ）



Q4：美容の相談があれば○をつけてください。

しみ・そばかす・肝斑・くすみ にきび にきび跡のへこみ・赤み 毛穴・ハリ・クマ 赤ら顔  
 しわ たるみ ボトックス注射 ヒアルロン酸注射 スレッドリフト フェイシャルトリートメント  
 レーザー脱毛（部位： ） タトゥー除去 ピアス（耳・へそ） 美容注射・点滴 ダイエット  
 ほくろ AGA・うす毛 多汗・わきが サプリメント 化粧品の相談 その他（ ）

Q5：上記（Q3またはQ4）の症状で、これまでに治療を受けられたことがありますか？

いいえ ・ はい【病院名： 施術や処方薬の名称： 】

Q6：いままでにお薬や注射による副作用が出たことがありますか？ある場合は薬剤の名称を教えてください。

いいえ ・ はい【抗生剤（ ）・痛み止め（ ）・その他（ ）】

◆来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ 看板 タウン誌 ご家族の紹介 紹介（知人・病院： ）  
通りがかり LINE インスタグラム ブログ その他（ ）