

No.

Dr.

Ns.

予約時間 (:)

ふりがな

氏名

年齢 (歳 カ月) 職業 ()

- ★妊娠中 (カ月) 妊娠の可能性 (有・無) 授乳中
 ★現在治療中の病気はございますか?
 いいえ・はい (病名) お薬手帳は診察時にお見せ下さい。
 ★食べ物・薬のアレルギーはございますか? 不明・いいえ・はい ()

●『症状をすべて○で囲んで下さい』また、イラストにも部位に○をお付け下さい。

Q1：症状について

かゆみ 赤み 痛み 腫れ その他

Q2：いつからですか?

昨日 今日 2~3日前 1週間位前 その他

Q3：相談したい内容

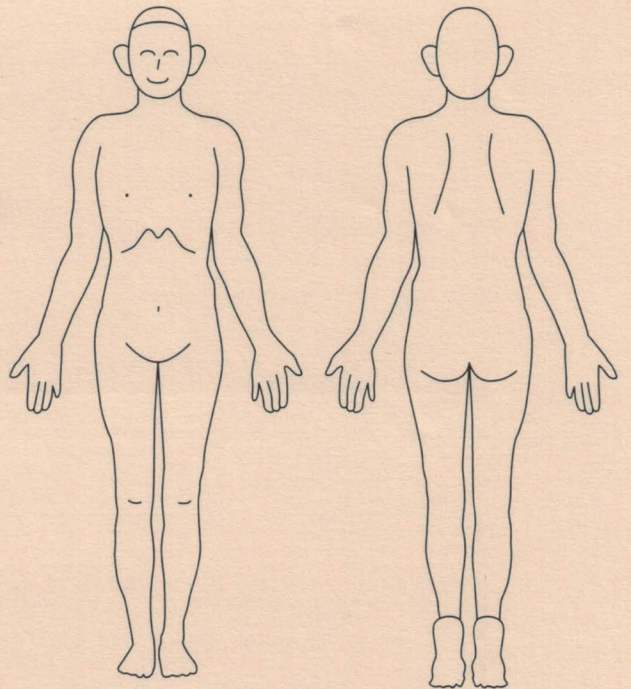
おむつかぶれ 巻き爪 傷跡 水虫

粉瘤 アザ (茶・青・赤)

しらみ 円形脱毛 やけど にきび

虫刺され (蜂・ムカデ・その他)

多汗 (手・足・脇) いぼ たこ・うおのめ



● 美容の相談 ●

しみ ほくろ 薄毛・抜け毛 しわ クマ 痩身 プラセンタ注射

TATTOO除去 ビタミン点滴 ピアス (耳・へそ) レーザー脱毛 (部位)

ピーリング 化粧品の相談・購入 その他 ()

● 当クリニックを何でお知りになりましたか ●

タウンページ 新聞 近所だから 知人の紹介 広告看板を見て

インターネット 情報誌 その他 ()

No.

フリガナ			
お名前	(男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
フリガナ			
住所	〒 -	電話番号	自宅 () - 携帯 () -