

フリ ガナ
氏 名

男 / 女 (未婚 / 既婚)

住 所

生年月日 年 月 日

電話番号

携帯番号

年齢

歳 / 職業

/ 身長

cm

/ 体重

kg

■本日みてもらいたい場所はどこですか？

その部位に○印をつけて下さい。

■いつごろからですか？

■次のような症状はありますか？

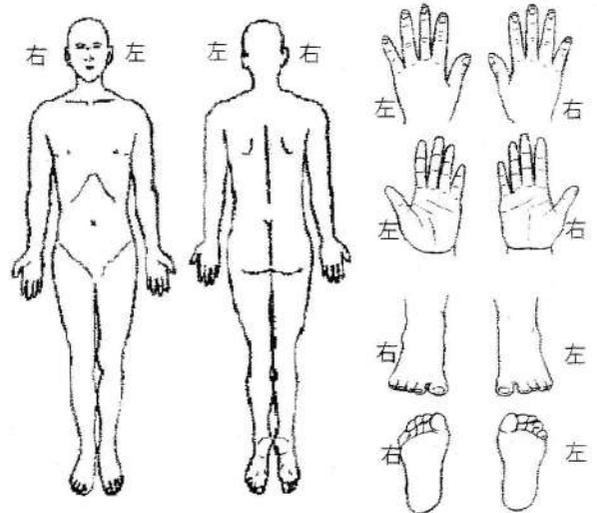
かゆみ ・ いたみ ・ その他 ()

■この症状で、現在あるいは過去に他院で治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方→医療機関名 ()

言われた病名 ()

どのような薬が処方されましたか？ ()



■今までにかかった病気や治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 気管支喘息
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞/脳出血 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
心臓病 (ペースメーカー なし・あり) ・ 肝臓病 (B型肝炎 ・ C型肝炎) ・ 甲状腺疾患
がん/腫瘍 (部位) ・ 精神疾患 (うつ、統合失調症等) ・ その他 ()
かかっている医療機関名 ()

処方されているお薬の名前 ()

■以前に漢方を飲んだことがありますか？ なし ・ あり (薬剤名:)

■お薬や食べ物でアレルギーや副作用がありましたか。 はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ()

■今までに局所麻酔を行って具合が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ

■ケロイド体質はありますか？ はい ・ いいえ

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ある (ヶ月) ・ ない

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■通院手段はなんですか。

車 (自分 ・ 他人) ・ タクシー ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ その他 ()

この用紙の裏も必ず記載下さい！！

■当院をお知りになったきっかけは何ですか？(該当する項目全てに○をして下さい)
以前通院したことがある・近所に在住・親族が通院中、もしくは通院したことあり
当院ホームページ・WEB、インターネット検索・広告・看板
知人・他の医療機関からの紹介()・その他()

■当院のホームページやネット検索、院内掲示、パンフレットを見て、当院での診療や検査、治療に関して受けてみたい項目があれば、□にレ点をお付け下さい。

- アトピー性皮膚炎に対するデュピクセント治療
- アトピー性皮膚炎に対するオルミエント、リンヴォック内服
- 難治性の慢性じんま疹に対するゾレア治療
- 花粉症、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎に対する治療(飲み薬、点鼻薬、目薬)
- 重症スギ花粉症に対するゾレア治療
- 帯状疱疹ワクチン(シングリックス、水痘ワクチン)
- ニキビ・ニキビ跡に対するケミカルピーリング
- にきびケア用の石鹸
- 巻き爪に対する巻き爪マイスターによる矯正治療
- 重度のワキ汗に対するボトックス治療
- 重症の円形脱毛症に対するオルミエント内服
- 男性型脱毛症(AGA)に対する飲み薬
- しみに対する塗り薬(メラノキュアHQジェル)
- アレルギー検査(血液検査)
- 日帰り手術
- 漢方治療

※なお、レ点を付けた項目に関しては当院ホームページに書いてある内容をあらかじめ確認頂いてから診察を受けて頂けますと、診療がスムーズに進みます。



スマートフォン版の当院ホームページはこちらからアクセスして下さい。

■喫煙状況

- 現在、吸っている 過去に吸っていた 吸っていない

■新型コロナウイルスワクチンの接種状況についてご記入ください。

1)接種済みの回数

- 0回 2回 3回 4回 ()回

2)最終接種日 年 月