

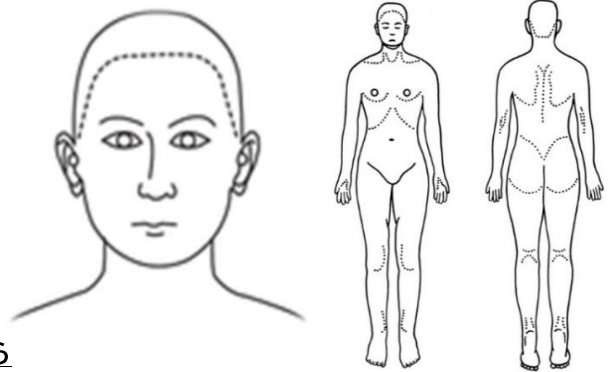
初診の方は、アイコール診療受付より順番をお取りください

フリガナ		身長	cm	体重	kg
お名前		性別	男 ・ 女		
ご住所	〒				
ご連絡先	☎(携帯)		(自宅)		
生年月日	(大正・昭和・平成・令和)	年	月	日	年齢 歳

●現在、どのような症状でお困りですか？部位はどこですか？

【症状】 かゆみ・しっしん・かぶれ・痛み・赤み・乾燥・虫刺され・やけど
 いぼ・育毛発毛・ニキビ・シミ・ほくろ・じんましん・アトピー性皮膚炎
 水虫・白斑・乾癬・その他()

【部位】 症状が出ている部位に○を付けてください。



●いつ頃からですか？ 年 月 日頃から

思い当たる原因はありますか？()

この症状で他院を受診したことはありますか？ はい・いいえ (クリニック名：)

今までにかかったことのある病気または治療中の病気はありますか？()

薬のアレルギーはありますか？ はい・いいえ (薬剤名：)

女性の方へ 現在妊娠中ですか？(可能性あり 可能性なし 妊娠 力月)

現在授乳中ですか？(はい いいえ)

●お仕事もしくは通勤中に起きた傷病ですか？(はい いいえ) 労災保険をご希望の方は“はい”に○をして下さい

●当院をどのようにして知りましたか？

知人の紹介・自宅、職場近所・ホームページ・SNS(Instagram・twitter・YouTube)

大型ビジョン広告・紙媒体(リビング多摩)・その他()

●診察にあたり、何かご要望がありましたらご記入ください

○美容皮膚科(自費診療)をご希望ですか？(はい いいえ)

→お悩み内容・部位はどちらですか？

【お悩み内容】 ニキビ・ニキビ跡・シミ・そばかす・赤ら顔・毛穴・オイリー肌・しわ
 たるみ・くすみ・クマ・ホクロ・脱毛・タトゥー除去・育毛発毛・痩身
 ピアス・その他()

【部位】 ()

○美容皮膚科(自費診療)の無料カウンセリングをご希望ですか？(はい いいえ)

※混雑状況によっては、後日ご予約になる場合がございます。

※外出希望の方は必ず受付へお声掛けください