

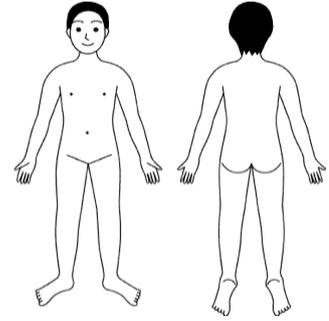
本日は 一般皮膚科 メディカルスキンケア 化粧品購入 (8へ)
 前と同じ シミ、シワなどの相談 (9へ)

* 前と同じ症状の方はにチェック後受付にお渡しください。

ふりがな			
ご氏名		男性 女性	生年月日
ご住所			電話

1. 今日どのような症状で受診されましたか？

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> ぶつぶつ | <input type="checkbox"/> ほくろ |
| <input type="checkbox"/> 赤み | <input type="checkbox"/> カサカサ | <input type="checkbox"/> できもの | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> 脱毛 | <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> ヘルペス |
| <input type="checkbox"/> 怪我 () | | | <input type="checkbox"/> やけど |
| <input type="checkbox"/> 虫さされ | <input type="checkbox"/> 化膿 | <input type="checkbox"/> フケ | <input type="checkbox"/> じんましん |
| <input type="checkbox"/> いぼ | <input type="checkbox"/> みずいぼ | <input type="checkbox"/> 水ぶくれ | |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> その他 () | |



* 診察してほしい場所を○で囲んでください。

2. いつからその症状がありますか？

3. 思い当たる原因はありますか？ (例：薬、食べ物、仕事・・・)

4. この症状について他の病院で治療を受けていましたか？もしくは薬局で薬を買っていましたか？

- はい (治療内容：)
(病院名：)
 いいえ

5. アレルギーはありますか？

いいえ はい→あてはまるものをチェックしてください。

- 薬 食べ物 金属 動物 植物 日用品
(具体的な品目：)
(具体的な症状：)

6. 皮膚科以外で治療している病気や内服しているお薬について教えてください。

- 病気 (いいえ はい→)
お薬 (いいえ はい→)

7. 女性の方のみ

- 妊娠中ですか？ はい いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ

8. 化粧品ご希望の方

ご希望の品目があれば ()

9. 当院では保険診療の他に自費診療を行っていますが、何かご興味はおありですか？

- シミ シワ そばかす くすみ 肝斑 たるみ むだ毛 AGA
 にきび にきび跡 詳しくお話を聞きたいですか？ はい いいえ

10. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- ホームページ 電話帳 昔から知っていた 通りがかり 看板 動画広告
 facebook twitter instagram ご紹介 (知人・家族・他の病院) google map