〈　初めて来院された方へ　〉

NO.＿＿＿＿　　ID＿＿＿＿＿＿

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男　・　女　）（　昭和・平成・令和　）　年　月　日生

住所〒　　－

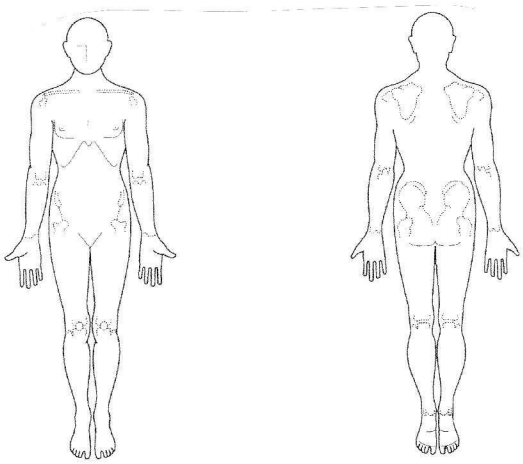
電話番号　（　　）＿＿＿＿＿＿　携帯番号　（　　）＿＿＿＿＿＿

下記の項目について記入、もしくは、○で囲んでください。（ わかる範囲で結構です。）

1. 本日はどちらを受診されますか？

A　一般皮膚科外来　（保険診療）　　B　美肌外来　（自由診療）

2. みてもらいたい部位に○印をつけてください。⇒



・ いつからですか？　（　　）

・ どんな症状がありますか？

ない　・　かゆい、痛い、赤くなっている

その他　（　　）

3. 今までに何か病気をしたことがありますか？

ない　・　ある　→　アトピー、喘息、糖尿病、高血圧、前立腺肥大、緑内障、脳疾患、肝臓病、腎臓病、心臓病、その他（　　）

4. 現在、どちらかの病院に通っていますか？

いいえ　・　はい　→　（　　）科

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ　・　はい　→　（　　）

6. 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ　・　はい　→　薬品名　（　　）

食品名　（　　）

7. 女性の方にお訊きします。現在、妊娠または授乳していますか？

いいえ　・授乳中・　妊娠中・　わからない

8. その他、何かございましたらお書きください。

（　　）

豊洲パークシティ皮膚科