

はじめて来院された方へ

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

しらみ、水ぼうそう、疥癬(かいせん)、風しんなど他の方にうつす可能性が疑われる方は受付の者に申し出て下さい。

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日
お名前		女	職業(パート含む)			
ご住所	〒 _____		電話	自宅		
				ケイタイ		
メールアドレス						

★禁煙外来・自費治療 [ピアス・美容注射・レーザー(脱毛・ニキビ・しわなど)・ピーリング・イオン導入・エポダーム
メソトン・ボトックス注射・ヒアルロン酸注射] をご希望の方は受付にお声をかけて下さい。

1. 症状が出たのはいつからですか？(_____ 年、 _____ 月、 _____ 週、 _____ 日)くらい前から
2. 部位はどこですか？
右 左
頭 顔 首 手 うで
全身 胸部 背部 足 ひざ下 ひざ上
腹部 おしり デリケート 爪 その他(_____)
3. どのような症状ですか？
かゆい 痛い 赤み しこり その他(_____)
4. 現在治療をされていますか？ あり なし
(_____)
5. 他に、病気はありますか？ あり なし
糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 前立腺肥大 緑内障
ぜんそく その他(_____)
6. 現在、服用中のお薬はありますか？ あり なし
お薬の名前(_____)
7. アレルギーがありますか？ あり なし
薬、食べ物、その他(_____)

女性の方へ

8. 現在妊娠中ですか？または、妊娠の可能性がありますか？
はい⇒現在(_____)週目 いいえ
現在、授乳中ですか？ はい いいえ
9. ご希望の診察内容に○をお付け下さい。
保険治療のみ 自費治療に興味あり どちらでも良い
その他(_____)
10. 当院はどちらでお知りになりましたか？
ぱど 入り口看板 紹介(_____ 様) スマホ用ホームページ
ホームページ 北区身近なお医者さん タウンページ その他(_____)
11. ホームページをみたことがありますか？ はい いいえ
12. こちらからお葉書を郵送してもよろしいですか？ はい いいえ
13. メールアドレスに休診のお知らせ等をお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ

皮膚科/形成外科
中島皮フ科