初回診療申込書

初診日　　年　　月　　日　　番号

ふりがな		性　別	女　・　男
氏名		ご職業	
生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日　　才	配偶者	有　・　無
住　所	〒		
電 話 番 号 （2 つ必須）	1 本人　　2.緊急連絡先(御自宅か御家族かお勤め先の番号)		

本日の受診希望（どちらかに ○ ）**自費診療**　　**保険診療**

本日のご相談の内容をお選び下さい。 （　）内も○で選択･記入して下さい。 その他今後気になる施術に関しては下記6.に記入下さい。	□ニキビ	□シミ治療
	□しわ治療	□たるみ治療
	□美白治療（点滴・注射）	□漢方
	□ケミカルピーリング	□メディカルエステ
	□ホクロ	□フォトフェイシャル
	□イボ治療	□ウィルス性イボ（注射・レーザー・摘出）
	□ヒアルロン酸（部位：　　）	□女性ホルモン治療
	□ボトックス　（部位：　　）	□痩身治療・ダイエット相談
	□ピアス　　（部位：　　）	□お薬処方・ドクターズコスメ
	□美容点滴・注射	□その他（　　）
1.いつから		
2.部　位		
3.症状は	かゆみあり　痛みあり　痛がゆい　発疹ができた　特になし その他（　　）	
4.経過は	良くなっている　・　悪くなっている　・　変わらない その他（　　）	
5.この症状に対して市販薬または他院の処方薬の使用状況	使用した　・　使用していない　　薬の名前： 使用期間：	
6.診察・治療についてのご希望等		

既往歴（今までにした、大きな病気があればご記入ください。）	病名	何才の時ですか。
薬などでアレルギーがある方は、ご記入ください。	薬の名前	その他（食べ物など）
現在使用している薬等があれば、ご記入ください。	薬の名前	何の薬ですか。

女性の方へ　現在妊娠していますか。　　はい　・　いいえ

今までに精神科や心療内科へ通院した事はありますか。 はい ・ いいえ	その時の病名・使用した薬
歯医者さんなどで麻酔をしたことがありますか。 はい ・ いいえ	その時異常がありましたか。 はい　・　いいえ

当院はどのようにお知りになられましたか？

・ホームページを見た　・ご家族や友人からの紹介　・キレナビ　・TV や雑誌で知った　・インスタグラム
・フェイスブック　・ブログ　・インターネット検索　その他（　　）

処置前に治療費の確認のご希望はありますか。　はい　・　いいえ

※自費診療メニュー希望の場合も医師が皮膚の状態を診察しますので、保険証をお持ち下さい。