

# 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				血液型	A ・ B ・ O ・ AB
				ご職業	
生年月日	大 昭 平	年	月	日	才
住所	〒				
電話番号				Eメール	
<b>本日の受診希望（どちらかに○）</b> <input type="checkbox"/> <b>保険診療</b> <input type="checkbox"/> 1へ <input type="checkbox"/> <b>自費診療</b> <input type="checkbox"/> 2へ					
<input type="checkbox"/> 1 <b>保険診療の方</b> 本日も相談の内容を簡潔にお教え下さい。					
1.いつから					
2.部位					
3.何が	かゆみあり 痛みあり 痛がゆい 特に症状無し の皮疹 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、市販薬または他院からの処方薬を使用しましたか？	いいえ ・ はい → 薬の名前： 使用期間：				
<input type="checkbox"/> 2 <b>自費診療の方</b> ご相談の内容 例：ワキ脱毛希望					
診察・治療についてのご希望等があればお知らせ下さい。					
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。 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい					
今までに精神科や心療内科へ通院した事がありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい →				その時の病名	
歯医者さんなどで麻酔をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい →				その時異常がありましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい	
当院をお知りになったきっかけは。	<input type="checkbox"/> 雑誌を見た <input type="checkbox"/> 雑誌名（ ） <input type="checkbox"/> WEB サイトを見た <input type="checkbox"/> キーワード（ ）で検索。 検索エンジン yahoo / Google / msn / その他（ ） <input type="checkbox"/> 知人（ ）様からの紹介。 ・ その他（ ）				
当院のWEBサイトはご覧になりましたか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ					
当院からのお知らせご連絡方法に関して	<input type="checkbox"/> 郵便 不可 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> メール 不可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 電話 不可 <input type="checkbox"/> 可（時間帯： ～ ）				

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。