

フリガナ \_\_\_\_\_ 大正 昭和 平成 令和  
名前 \_\_\_\_\_ (男 女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 才) 1歳未満 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

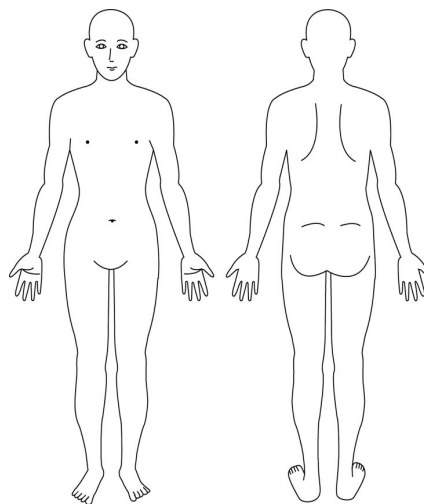
症状の出ている場所を○で囲んでください

右 左 左 右

① どのような相談ですか

【自費診療】 ○で囲んでください↓

レーザーによる (しみの除去 ほくろの除去 美肌 脱毛)  
ヒアルロン酸やボトックス注入 ピアスの穴あけ まつ毛美容液  
HQクリーム レチノイン酸クリーム 男性脱毛 (AGA)  
その他 (具体的にご記入下さい)



② 上記症状について治療を受けましたか

いいえ はい

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 治療

③ 薬でアレルギーが出たことがありますか

いいえ はい 薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

④ 歯科などの麻酔で気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい

⑤ 現在治療中の病気はありますか

いいえ

はい 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑥ 現在内服中の薬はありますか 薬の名前を書くかお薬手帳を一緒にご提出ください

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ )

⑦ 身長・体重を教えてください

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

⑧ 来院のきっかけを教えてください 紹介状をお持ちの方は問診票と共にご提出ください。

インターネット 会社が近い 自宅が近い 駅などの看板

ご紹介 ご紹介者 ( \_\_\_\_\_ 様) 医療機関 ( \_\_\_\_\_ )

⑨ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか いいえ はい

【女性の方のみお答えください】

現在ご妊娠中ですか いいえ 可能性あり 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週)

現在授乳中ですか いいえ はい 最終月経開始日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)