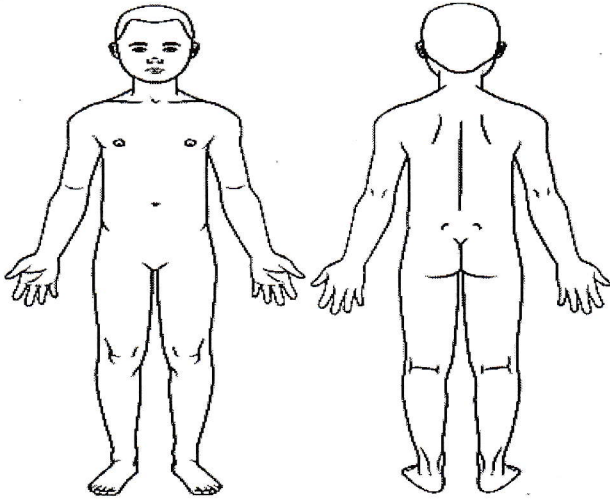


# 服部皮膚科アレルギー科 受診申込書

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	男・女
大・昭・平 年 月 日生 ( ) 歳	

現住所
連絡がつく電話番号



- ①どこに (左図にマルをつけて下さい)
- ②いつ頃から ( ) から
- ③どんな風に (図に書き込んでも構いません)  
かゆみ・いたみ・熱感・カサカサ・ジクジク  
その他 ( )
- ④他の病院にかかっている病気があれば教えてください  
ない・ある ( 科で ) を
- ⑤服用中の薬があれば教えてください。(市販薬も)  
ない・ある ( )  
↓⇒ 本日 お薬手帳 ( ない ・ ある )

- ⑥15歳以下の患者さんは体重を教えてください だいたい ( ) kgくらい
- ⑦クスリ・食べ物などでアレルギー症状がでたことがありますか?  
ない・ある ( )
- ⑧過去に大きい病気をしたことがありますか?  
ない・ある ( )
- ⑨自分及び自分と血がつながった方でアレルギー性の病気がある方がいれば教えてください。(いる・いない)  
(カッコ内に「本人」「父」「おば」「子」の様に記入して下さい)  
アトピー性皮膚炎 ( ) アレルギー性鼻炎 ( )  
気管支喘息 ( ) アレルギー性結膜炎 ( )
- ⑩女性の方にお聞きします。現在妊娠 (している・していない) 現在授乳 (している・していない)

～以下の「自費診療」でご受診の方はあてはまるものをマルで囲んでください～

- ・ピアス穴あけ
- ・男性型脱毛症:AGA治療
- ・プラセンタ治療 (注射・のみぐすり)

～以下の「自費診療」はすべて 予約制 のカウンセリングとなります～

- ・シミやくすみなどの治療 (塗り薬・レーザー治療・オーロラ治療)
- ・タルミ、キメ、毛穴肌改善、皮膚の老化防止などのアンチエイジング治療 (塗り薬・オーロラやレーザー治療・ボツリヌストキシン注射・ケミカルピーリングなど)

カウンセリングで保険治療の対象となる疾患と診断された場合には保険診療を行います。  
ご予約なく来院された場合にもなるべくカウンセリングを行います。どうしても予約がいっぱいの場合には、申し訳ありませんが、ご予約をお取りして後日ご来院いただく場合がありますのでご了承ください。