

服部皮膚科アレルギー科 受診申込書

受診日 年 月 日

ふりがな

氏名

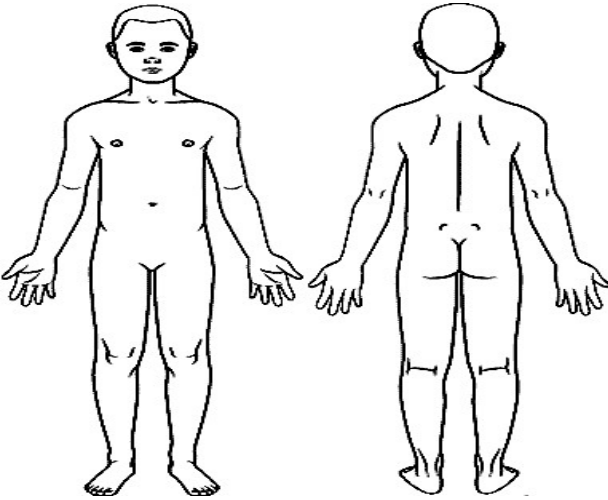
男・女

大・昭・平・令
年 月 日生 () 歳

現住所

連絡がつく電話番号

(予約確認・緊急連絡メッセージ送付に利用します。なるべく携帯電話やスマートホンの番号をご記入下さい)



- ①どこに (左図に○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・シクシク 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
- 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

- ⑤使用中の薬 (飲み薬・塗り薬・市販薬) がありますか? 当てはまるものに○をつけて下さい
 - ・ない
 - ・ある (お薬手帳を持ってきた) → スタッフにお渡し下さい
 - ・あるけれどお薬手帳を忘れた、またはあるけれど分からない

お薬手帳を忘れた方は思い出せるものをこの欄に記入して下さい

- 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? (特にB・C型ウイルス肝炎) ない・ある ()

⑨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)

美容治療 (しみ・くすみ・たるみ・タトゥー除去・ピアス穴開け・男性型脱毛症・プラセンタ治療) の相談は別途予約が必要です。
スタッフにお声がけ下さい。