

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

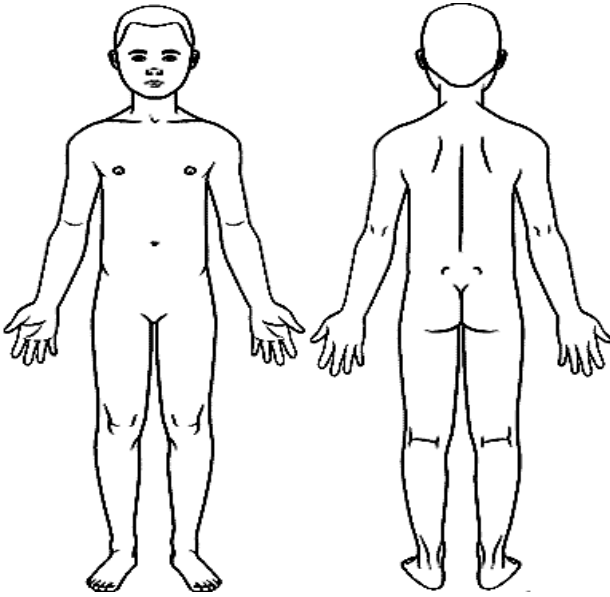
男・女

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)



どこに (左図に) をつけて下さい

いつ頃から
() から

どんな風に (図に書き込んでも構いません)
かゆみ・いたみ・カサカサ・ジクジク・にきび
できもの・うす毛 (男性型脱毛症)
その他 ()

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

15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

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

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 ()

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 ()

女性の方にお聞きします。現在 (妊娠中・していない) 現在 (授乳中・していない)

美容治療 (しみ・くすみ・たるみ・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。