

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女) ふりがな： \_\_\_\_\_

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_ 市・郡 \_\_\_\_\_

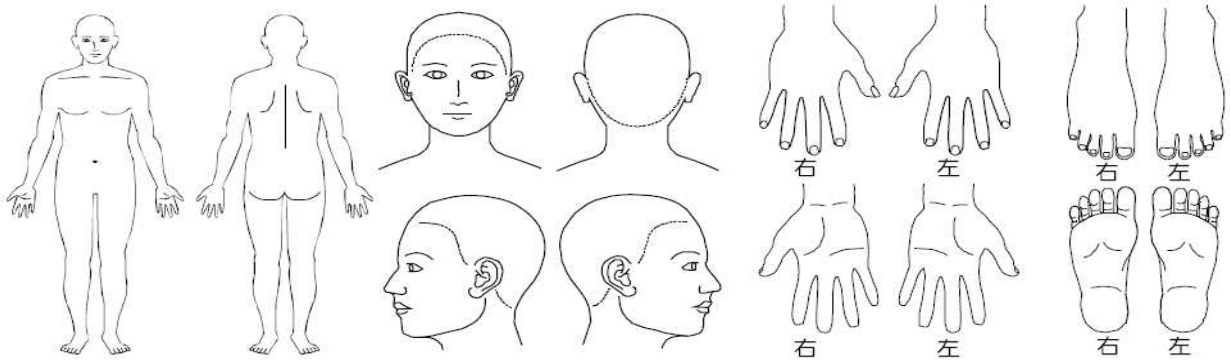
電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 携帯番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(小学生以下の方) 体重： \_\_\_\_\_ k g

1. 症状をお書きください。

※シミ・イボ及びホクロ除去・AGA・プラセンタ・脱毛等の美容に関する治療相談は、  
自費診療（初回カウンセリング料2000円＋税頂戴します）となりますのでご了承下さい。

2. 症状がある部位に丸印をして下さい。



3. いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ / ずっと前 / 繰り返す / 不明 / 他 ( \_\_\_\_\_ )

4. その症状について他院で治療を受けましたか？ (はい・いいえ)  
病院名 ( \_\_\_\_\_ )

5. 現在服用中の内服薬、塗り薬はありますか？ (はい・いいえ)  
薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
※薬品名が分からない場合・・・頭痛薬・下痢止め・コレステロールの薬のように簡単にご記入下さい。

6. お薬手帳はお持ちですか？ (はい・いいえ・忘れた・その他)

7. 注射や麻酔または飲み薬によって発熱、発疹、アレルギーなど異常がありましたか？ (有・無)  
(注射名・薬名： \_\_\_\_\_ ) (注射名・薬名： \_\_\_\_\_ )

8. 持病をお持ちの方、過去に病気を患った方は下記に病名をご記入下さい。

9. 女性の方、現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)  
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

「はい」の方

出産予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日