

# 形成外科初診受付票

ふりがな

お名前

男 ・ 女

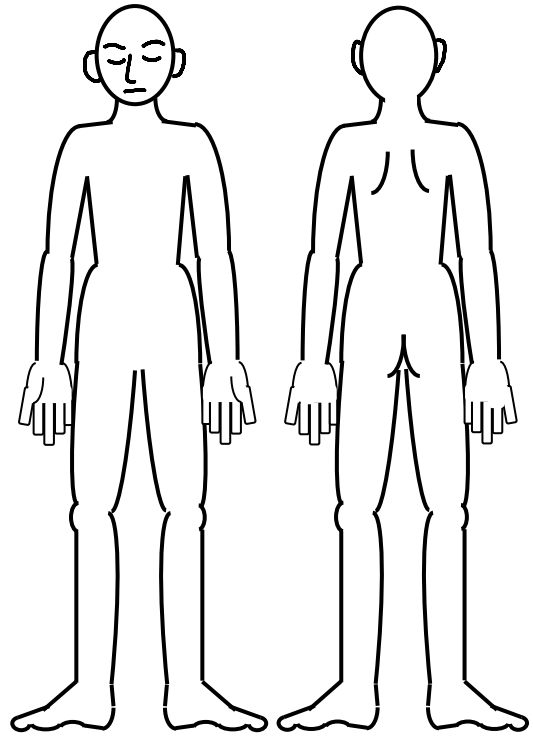
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

住所 〒 (      -      )

電話番号 自宅  
携帯

本日受診された理由はなんですか？  
具合の悪い個所に○をつけて下さい。

1. けが    2. やけど
3. きずあと・ケロイド
4. シミ・あざ    5. にきび
6. ホクロ    7. おでき・しこり
8. いぼ・タコ    9. まきづめ
10. まぶたの相談    11. わきが
12. しわの相談  
(ボトックス注射・ヒアルロン酸希望)
13. ケミカルピーリング希望
14. その他  
(具体的に



今まで飲み薬、塗り薬、注射などで  
かぶれたり、具合が悪くなったりしたことはありますか？  
(ある・ない)  
(ある場合 薬の名前

今までにかかった大きな病気、手術、現在治療中の病気についてお書きください。

| おいくつの時ですか | 病名（わかる範囲で） | どちらの病院で |
|-----------|------------|---------|
|           |            |         |
|           |            |         |
|           |            |         |
|           |            |         |
|           |            |         |
|           |            |         |

現在、ほかの医療機関で出されている薬はありますか。

（ はい ・ いいえ ）

「はい」に○をされた方はその内容を記入してください。

\*お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。診察室でご提示ください。

