

形成外科初診受付票

令和 年 月 日

ふりがな

お名前

男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

住所 〒 ()

電話番号 自宅
携帯

本日受診された理由は何ですか？
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
- 1～3に○された方にお聞きします。

お仕事中によるものですか？

(はい・いいえ)

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

【自費】

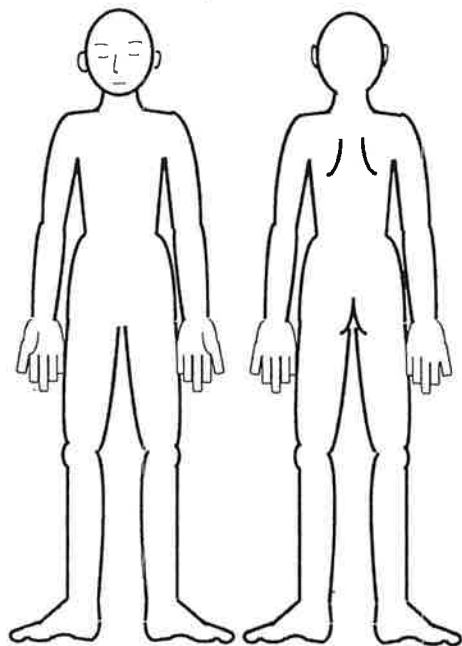
12. しわの相談

(ボトックス、ヒアルロン酸、ハイフなど)

13. シミのレーザー治療

14. ピアス

15. その他 (具体的に



- 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

- ペースメーカーは装着していますか？ (はい ・ いいえ)

- 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)

- 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。