

フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒			
携帯番号		ご職業		

★本日の受診をご希望の科を○で囲んでください。

婦人科

皮膚科

美容皮膚科

★妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい いいえ

※以下は受診する科についてお答えください (あてはまる項目に○をつけて下さい)

1. 婦人科

がん検診(子宮 乳腺) 月経の異常(月経痛 月経量の異常 月経が止まった 月経が不順) 不正出血
陰部のかゆみ おりものの異常 子供がほしい 更年期症状 腹痛 腰痛 尿の異常 子宮頸がんワクチン
妊娠の確認 女性ドック 性病の相談 ピルの相談(低用量ピル 月経移動 アフターピル) 膣の緩み
その他 ()

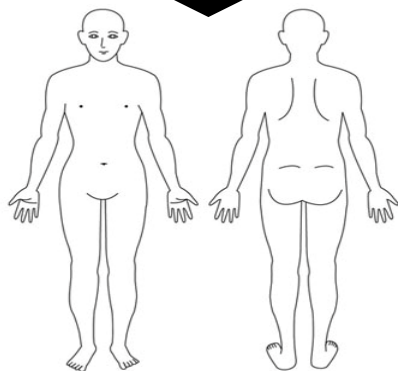
★最終月経 (年 月 日～、 日間) 月経周期 日周期 初経 () 歳、閉経 () 歳
★性交経験 あり なし 結婚 (年)、妊娠 回 分娩 回

2. 皮膚科

かゆみ 赤み 痛み 湿疹
アトピー じんましん
虫刺され 乾燥 腫れ
膿かぶれ いぼ 吹き出物
にきび 花粉症 水虫
たこ・うおのめ 巻き爪
やけど 水ぶくれ 日焼け
外傷 傷跡 あざ 肝斑

その他 ()

気になる症状のある部位
を○で囲んでください



3. 美容皮膚科の相談

しみ ほくろ しわ たるみ にきび
にきび跡 毛穴 小顔 薄毛 肝斑
タトゥー除去 ピアス 脱毛
エレクトロポレーション HIFU
ケミカルピーリング マッサージピール
フラクショナルレーザー 脂肪溶解注射
レーザーフェイシャル ボトックス注射
レーザートーニング ヒアルロン酸注射
高濃度VC点滴 白玉点滴 白玉注射
疲労回復注射 美白注射 αリポ酸注射
プラセンタ アートメイク 化粧品購入
その他 ()

4. この症状で今まで他の医療機関で治療は受けていますか？ はい いいえ

※「はい」の場合は、受けた検査や処方されたお薬を教えてください。

[]

5. 現在、治療している病気や内服しているお薬はありますか？ はい いいえ

※お薬手帳をご持参の方は記入は不要です。医師にお見せください。

病名：高血圧・糖尿病・高脂血症・心疾患・腎疾患・甲状腺疾患・精神疾患・その他[]

お薬[]

6. お薬・その他のアレルギーはありますか？ はい いいえ

お薬[] その他[]

7. 医療明細書をご希望されますか？ (診療日の診療内容詳細：発行無料) はい いいえ

8. 当クリニックをどこでお知りになりましたか？

1.情報誌 2.当院ホームページ 3.近所だから (自宅・勤務先) 4.知人の紹介 ()

5.地下鉄・広告・看板を見て 6.新聞・チラシ 7.タウンページ 8.病院検索サイト 9.SNS

10.その他 () 11.伏見皮フクリニック (本院)