

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

本日の症状をお書きください

( )

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

#### 1. 婦人科

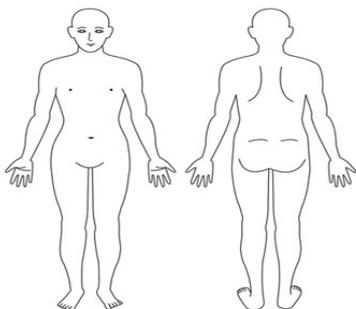
あてはまる項目に○をつけてください。

がん検診希望（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  
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）  
子宮頸がんワクチン

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

症状とその部位について○で囲んでください。



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

#### 3. 美容皮膚科の相談

あてはまる項目に○をつけてください。

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 ケミカルピーリング エレクトロポレーション 脂肪溶解注射 マッサージピール プラセンタ  
フラクショナルレーザー レーザートーニング レーザーフェイシャル ヒアルロン酸注射  
ボトックス注射 ビタミン点滴 疲労回復・美白・αリポ酸注射 サプリメント 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. 食べ物・お薬のアレルギーはありますか？

食べ物[ ]

お薬[ ]

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） 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）