

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

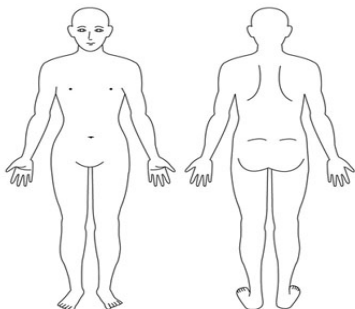
あてはまる項目に○をつけてください。

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）