

診療申込書

ふりがな _____

氏名 _____ 殿 _____ 才 男・女

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(〒) _____ - _____

ふりがな _____

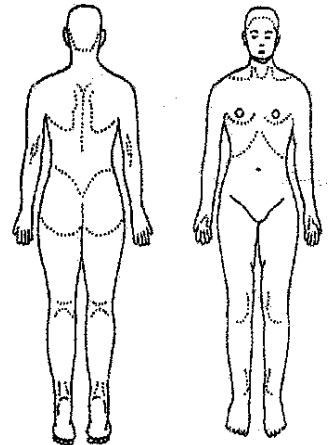
住所 _____

電話 (自宅) _____ - _____ - _____

(携帯) _____ - _____ - _____

1. 受診される理由と症状、またいつ頃からかお書き下さい。

[_____]



2. 部位のわかる方は右図に○印でお知らせ下さい。

3. 薬による副作用・食品によるアレルギー-はありますか？
(気持ち悪くなったり・じんま疹・発疹・ソックなど)

ない ・ ある [_____]

4. 現在、服用中の薬、ぬり薬はありますか？(皮膚以外の薬も含む)

ない ・ ある [_____]

5. 今まで局所麻酔剤を注射したことがありますか？(歯科治療・手術など)

ない ・ ある

6. 今までに大きな病気・手術はしたことがありますか？

ない ・ ある [_____]

7. 女性の方に 現在、妊娠中又は授乳中ですか？

いいえ ・ はい [妊娠中 _____ ヶ月 ・ 授乳中]

8. その他お気付の点がございましたらお書き下さい。

[_____]

*手術・レーザー-ご希望の方へ

受診当日の手術・レーザー-は行っておりません。予約制となっております。