

診 察 申 込 書

年 月 日

ふりがな お名前	様	男 女	大・昭・平	年	月	日生 歳	配偶者 有・無
現住所 〒		固定電話 ()				-	
		携帯電話 ()				-	
都 道 府 県							
メールアドレス						(携帯・PC)	
ご職業 会社員・自営業・主婦・学生・サービス業・美容業・公務員・医療関係・無職・ その他 ()							

どのようなご相談ですか。○で囲んでください。

※ 診療内容

1. 目 (ふたえ・目頭切開・目尻切開・タルミ・眼瞼下垂・内反症) 2. 鼻 3. アゴ 4. シワ・タルミ
5. シミ 6. ホクロ・イボ 7. アザ 8. ワキガ・多汗症 9. 性器 10. イレズミ 11. ニキビ・ニキビ跡
12. メディカルエステ 13. レーザー脱毛 14. 美容注射 15. ボディピアス 16. 皮フ科 17. やけど・傷跡
18. その他 ()

下記の質問についてお答え下さい。(○で囲んでください)

①手術や歯の治療で麻酔の注射をしたことがありますか？ また、その際に何か困った事がありましたか？ ()	(あり・なし)
②化粧品、薬品、テープなどにかぶれたことがありますか。	(あり・なし)
③お薬でアレルギーがでたことがありますか？ 1. 抗生物質 2. 鎮痛剤 3. 解熱剤 4. その他 ()	(あり・なし)
④特別なお薬、長期間使用しているお薬はありますか？ 薬品名 ()	(あり・なし)
⑤血圧は？	(普通・低い・高い・治療中)
⑥女性の方にお伺いします。 1. 現在妊娠中 2. 妊娠の可能性がある 3. 授乳中 4. 妊娠していない	
⑦次のうち、かかったことのある病気はありますか？ 1. 心臓病 2. 高血圧 3. ぜんそく 4. 呼吸器疾患 5. 肝臓病 6. 糖尿病 7. 腎臓病・ 8. その他 ()	(あり・なし)
⑧当クリニックをどのような方法で知られましたか。○印をつけて下さい 1. インターネット 2. 知人 () 3. 家族 () 4. 電話帳 5. 看板 6. 他医院 () 7. 雑誌 () 8. チラシ () 9. その他 ()	
※以前に当クリニックの診察、手術を受けたことがありますか？	(あり・なし)

個人情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

(医)杏皇会 こまちクリニック