

初診診療録 (Laser Re:Nail)

2016-7

年 月 日

No. -

ふりがな		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	昭和 平成 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯		携帯番号は必ずご記入ください - -	
		自宅電話		- -	
E-mail	@	勤務先			

①あなたの治療したい爪は、どこですか？ 下図にしるしをつけてください。



②他の病院・クリニック等で治療されたことがありますか？ (ない ある)

※ある方はご記入ください。わからない方は記入不要です。

病院名 () 治療方法 () 時期 ()

③今までに下記の病気をされた事がありますか？ ✓又は○をつけてください。

高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 気管の病気 肺の病気
 甲状腺疾患 脳の病気 アトピー性皮膚炎 肝炎 HIV ジンマシン
 光線過敏症 (紫外線・太陽光線) 血液疾患 (貧血・白血病・紫斑病・その他)
 アレルギー性疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー)
 その他 () ない

④現在服用している薬はありますか？ (ない ある)

※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。

()

⑤薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※薬剤名がわかれば記入してください。

()

⑥現在病気で通院していますか？ (ない ある) ※通院理由をお書きください。

()

⑦女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？ (ない ある)

⑧当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介・雑誌・新聞等の記事・ビル案内・インターネット・その他 ()