



[受診日 年 月 日]

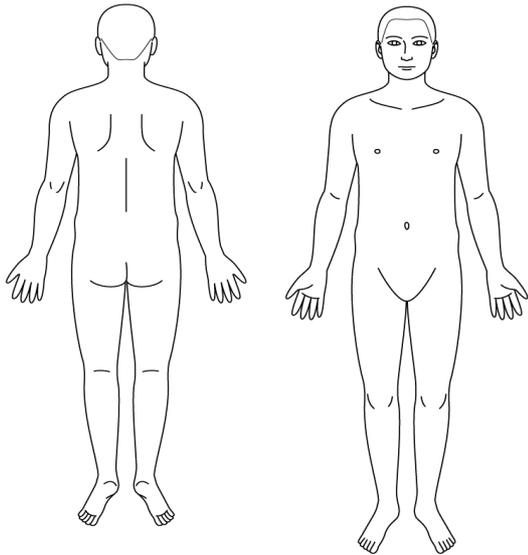
(ふりがな)	()	(生年月日)					
氏名		明・大・昭・平	年	月	日	歳	
住所	(〒 -)						
	市	区町村					
電話番号	- -	携帯番号	- -	身長	cm	体重	kg

本日おかけの症状についてお答え下さい。

1. いつからですか (年 月 日)頃から

2. どの部位ですか？

下の絵に斜線で印を付けて下さい。複数箇所ある場合は、一番気になる場所を赤でご記入ください。



3. どのような症状ですか？ 該当する症状を○でかこんで下さい
(さらにそれ以外の症状を書きたいときは下にお書きください。)

- | | | | |
|----------|--------|-------|--------|
| かゆい | いたい | はれている | じくじくする |
| かさかさする | ぷつぷつする | 切れている | 赤くなる |
| アトピー性皮膚炎 | 蕁麻疹 | 水虫 | いぼ |
| にきび | ケガ | ヤケド | 脱毛症 |
| ほくろ | しみ | | |

[]

裏面もご記入下さい



4. 現在すでに治療されていますか？

(いいえ ・ はい)

5. 治療されている場合、どのような治療をされていますか。内容をご記入ください。

[]

6. 他に病気がありますか？ (いいえ ・ はい)

7. 6で “はい” とお答えの場合で当院(泌尿器科・内科・婦人科)に通っている場合

病名 ()

6で “はい” とお答えの場合で他院に通っている場合の内容とお薬があれば、お薬名

病名 ()
お薬名 ()

8. アレルギーがありますか？ (いいえ ・ はい)

薬の名前 ()
食べ物の名前 ()

9. 妊娠の可能性がありますか？ (いいえ ・ はい)

10. 現在妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい(月))

11. 現在授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

“美容医療”についてお聞かせ下さい。(回答は希望される方のみで結構です)

当院では、患者様のご希望に応じて保険外の診療も実施しています。

ご興味のある項目、詳しく聞きたいことを教えて下さい。尚、自費診療については、診察料も自費となります。

(医師の診察の場合、30分5,250円です。医療美容専門スタッフによるカウンセリングは無料です)

- シミ (気になる ・ 詳しく知りたい)
- シワ (気になる ・ 詳しく知りたい)
- 医療レーザー脱毛 (気になる ・ 詳しく知りたい)
- 化粧品、サプリメントについて (気になる ・ 詳しく知りたい)
- ピーリング (気になる ・ 詳しく知りたい)
- ニキビ (気になる ・ 詳しく知りたい)
- アートメイク (気になる ・ 詳しく知りたい)

ご協力ありがとうございました。

今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください

当クリニックは、何で知りましたか？当てはまる箇所を○で囲んでください。〈 複数回答可 〉

- ① インターネット検索 (当院HP ・他サイト())
- ② 他の病院やクリニックより紹介
- ③ 雑誌
- ④ テレビ
- ⑤ 知人・友人・家族の紹介
- ⑥ たまたま、通りかかって
- ⑦ その他 ()

《 当院のプライバシーポリシーについて 》

横浜元町女性医療クリニックLUNA・ANNEXは診療録に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。ただし、LUNA・ANNEXから直接患者様への新たな外来受診や検査の開始等の患者様に有益と思われる情報をお届けすることはあります。また、女性医療発展の為に学会・論文・好悪宴会・ホームページ・出版する本などに個人情報を使用する場合があります。この場合は、個人が特定できないよう細心の注意を払い患者様のプライバシーを守ります。