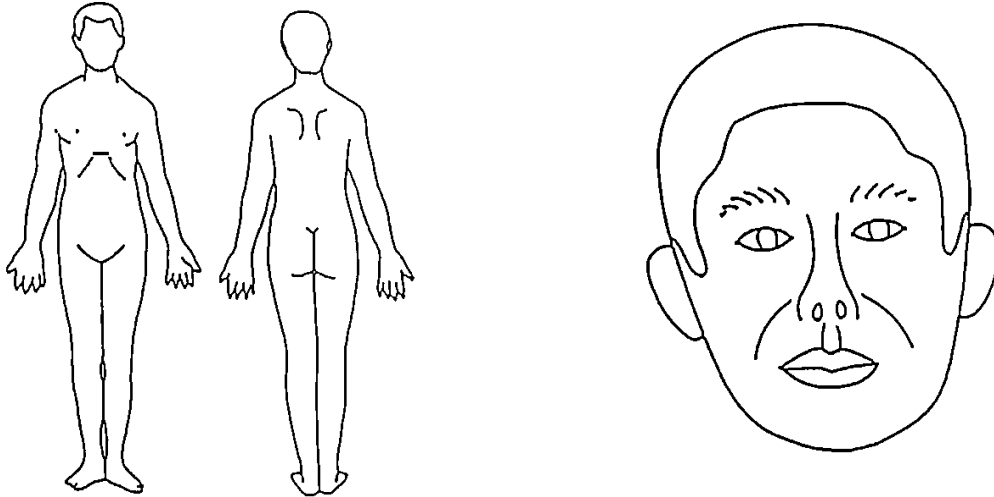




# 本日の診療について

1、診察の受たい場所に 印をつけてください。



2、症状をお選びください。

皮膚科	湿疹・かぶれ 水虫 多汗症	じんましん 円形脱毛症 その他	アトピー イボ・タコ	にきび 白斑症
形成外科	外傷 巻き爪 血管腫 陥没乳頭	アザ 唇裂・口蓋裂 ケロイド その他( )	ほくろ 皮膚のできもの わきが	ヤケド 傷跡修正

以下は健康保険適用されません。

シミ レーザー脱毛 ピアス しわ・たるみ	コラーゲン注入 ソフトピーリング プラセンター注射 血小板療法	ヒアルロン酸注入 イオン導入 カクテル注射 ボトックス注入	針脱毛 イレズミ除去 うす毛治療 その他( )
-------------------------------	--	--	----------------------------------

3、いつ頃から

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_頃より

\_\_\_\_\_歳より

\_\_\_\_\_位前から

4、女性のみお答えください。

現在、生理中ですか？	はい	いいえ
妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
授乳中ですか？	はい	いいえ

5、嗜好品

タバコ	1日_____本位 全く吸わない	酒	毎日飲む 1週間に2回以上 1週間に2回以下 全く飲まない
-----	---------------------	---	--