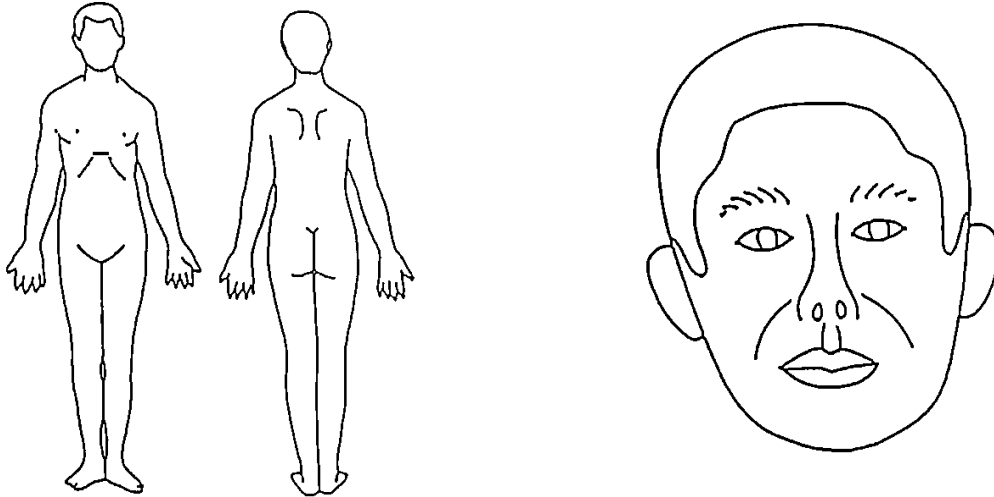


本日の診療について

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
-----	---------------------	---	--