

フリガナ お名前			男・女	年齢	歳
住所	〒 (-)		生年月日	M・T・S・H	年 月 日
電話番号	自宅		携帯		
仕事 内容	例：立ち仕事、デスクワーク、力仕事	運 動	☐ していない ☐ ランニング ☐ ゴルフ ☐ 筋トレ ☐ 水泳 ☐ 自転車 ☐ その他 ()		

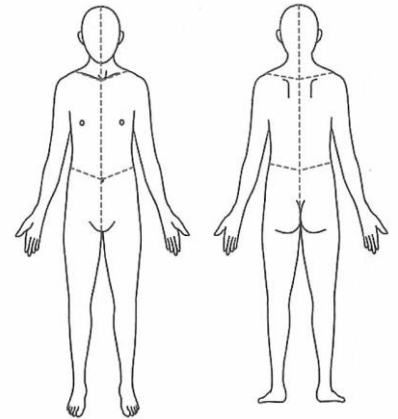
①受診理由を当てはまる□にチェックしてください。

☐粉瘤（できもの） ☐脂肪腫 ☐あざ ☐イボ・ホクロ ☐眼瞼下垂☐その他 ※耳垂裂など ()☐本日手術や処置を希望する ☐診察のみ・後日手術を希望

②どの部分にどのような症状がありますか？

※いずれかにチェックし、右のイラストに○印をつけ、症状を記入して下さい。

部位はどのあたりですか？ (例：右腕等)

症状 ☐痛み ☐発赤 ☐腫れ ☐臭い ☐熱感 ☐破裂 ☐かゆみ✓できもののおおよそのサイズ(必須) ▶ ☐3 cm 以下 ☐3～6 cm ☐6 cm 以上

③症状がでたのはいつからですか？▶ 今日・(日 or 週 or ヶ月 or 年／前)・わからない

④これまでに同じような手術や処置を受けられた事がありますか？

☐なし ☐診断のみ ☐手術を受けた▶ 年前 病院／手術部位 ()

⑤これまでに美容治療を受けられた事がありますか？※美容治療に関わる疾患の場合、自費診療となります。

☐なし ☐あり(治療内容:)

⑥これまでにかかったことのある、または現在治療中の病気・感染症はありますか？

☐なし ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐高脂血症 ☐緑内障 ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐脳梗塞 ☐前立腺肥大☐B型肝炎 ☐C型肝炎 ☐梅毒 ☐HIV ☐手術歴・その他 ()

⑦現在、服薬中のお薬はありますか？※あれば下部にご記入下さい。(名称不明の場合は〈例：高血圧の薬〉等で構いません。)

☐なし ☐あり ()

⑧薬や食べ物アレルギー、喘息はある方は以下、当てはまるものにチェックをお入れください。

☐なし ☐喘息 ☐抗生物質() ☐局所麻酔薬 ☐アルコール ☐イソジン ☐卵 ☐その他 例：果物等

⑨今までに歯科治療の麻酔で気分が悪くなった事がありますか？

☐いいえ ☐はい 例：気分不良等 ()

⑩体内に医療機器（ペースメーカーや電極など）が埋め込まれていますか？

☐いいえ ☐はい ()

⑪近日中に大切な予定はありますか？(結婚式・海外旅行・温泉・レジャー・スポーツなど)

☐いいえ ☐はい 例：○日～温泉旅行等 ()

*手術後1～2週間は温泉・海・プールなどは、はいれませんのでご注意下さい。(期間は変動があります)

☐ 保険診療のお支払いは【現金対応のみ】となります。(ご確認の上、ご了承のチェックを必ずお入れください。)

女性の方で該当される方のみご記入下さい。現在妊娠している可能性はありますか？

☐いいえ ☐可能性あり ☐妊娠 カ月 ☐授乳中

*当院では正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。(ご利用の方は下記に必ずチェックをお願いします。)

☐私は、貴院がマイナンバー保険証による診療情報・薬剤情報・特定検診及び高齢者検診などの情報を取得する事に同意します。