

# 初診申込み・問診表

年 月 日

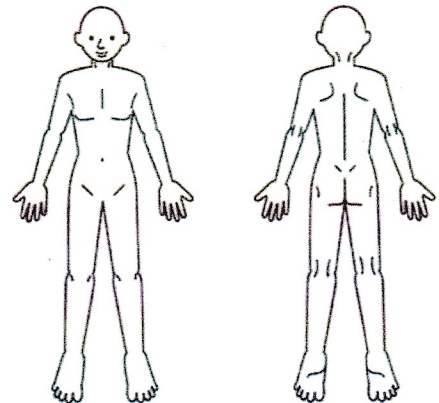
ふりがな	大・昭・平・令		
氏名	男・女 生年月日	年 月 日	( 歳)
〒	—		
住所	電話(携帯) 電話(自宅)		
※未成年及び付き添いの方のみ記入			
氏名	電話番号		
(続柄)	( )		
【当クリニックをどこで知りましたか？】			
家族・知人の紹介( 様) 他医療機関からの紹介(病院名 )			
恵比寿 mama クリニックより・クリニック HP・SNS・通りがかり・看板・その他			

○どちらの科をご希望ですか？

一般皮膚科 ・ 美容皮膚科(別途診察料がかかります) ・ 漢方外来

○今日はどうされましたか？(美容の方は気になるお悩みと施術がお決まりでしたらそちらもご記入下さい。)

・どこの部位ですか？右の絵に○をつけて下さい。  
・いつ頃からですか？



○※美容の方のみにお聞きます。今までご経験のある施術をご記入下さい。

○今まで大きなご病気、手術をした、または現在治療中の病気はありますか？

ない・ある \_\_\_\_\_

○現在飲んでいる薬はありますか？

ない・ある \_\_\_\_\_

○アレルギーはありますか？

ない・ある \_\_\_\_\_

○嗜好品について タバコを吸う・アルコールを飲む

○女性の方へ、現在妊娠・授乳をしていますか？ している・していない・授乳中

★ご記入ありがとうございました。こちらを受付にご提出ください。