)人/育 (-11H]E	ンカマ			いちみや	皮フ科ク!	ノニック
٠ŝ٠	りがな					生年	=月日	T·	S·H·		
‡	3名前			男・女・()	職	··· ——— 種		年_	月	日
						4150	1=				
信	主所	·					※番均	也・号室等	は正確にご記力	しください。	
携	帯電話					電記	 括番号	W D ±	**************************************	. □ + ->====	(18 2)
								※日甲、:	連絡が取れる番	持をご記人	ください。
1 今、どのような症状でお困りですか? 2 1の症状はどの部位ですか?											ですか?
痛	痛み・かゆみ・できもの・出血している・腫れている・ ※気になる箇所を〇つ								で囲んでく	ださい。	
				皮膚炎・イボ・		・多汗		(وتتنت	6	
薄	薄毛*・シミ*・シワ*・医療脱毛*・ゼオスキン相談**										3-6
(上	(上記 ※印は自費診療で、詳しくは予約制となります。)									1///	
Γ	気になっ	ている症状	をご記入ください	٠,	٦]//-]//-	
								\.		\	/
		ه د داریس د	- 11 4 4 1. 0					((
3 いつ頃から症状がありますか? () 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前											
() 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前											
4				`: □高脂血症 □	7糖尿病		、職病	口肝臓	病 □腎臓	病 □甲	1/大聪
								□ その1		773 🗀 1)
5											
		□いいえ							-		
	→ 「はい	」の方(□医療機関でタ	処方された薬(:	お薬名	•)
		[□市販のお薬	(お薬名:)
6	これまで	に大きな症	気気にかかった	ことはあります	トか?						
	□はい	□いいえ	え → 「はい」	の方(病名	:)
7				:ことはあります	├か?						
		□いいえ				\ [¬ 	(\
	→ 140	」の方(·	ヽウスダスト		-	□食物 □カビ	•	の他 ()
8	女性の方		رابی ∟	7 7 7 7 1		L	_		- 7 10 (,
	a.現在、	妊娠中です	か?(妊娠の)	可能性・妊活を含	含む)		まい	□いい	え		
	b.現在、	授乳中です	⁻ か? □は	い □いいえ	-						
9	(たばこ)喫煙の習	習慣があります	か?							
	□はい	□いいえ	→ 「	はい」の方 -	-日に何	本ぐら	い吸い	ますか	()本	
10			かけを教えてく								
				□知人のご紹	3介(ご	`紹介者	:)
				□その他(. 0)
11				に同意しますが)`?						
	□1977,	□いいえ	_								