

お名前（カタカナで）

● 前回の続きの方

症状は？ ○で囲んでください

良い

変わらない

悪い

良い所も悪い所もある

● お久しぶり、又は違う症状もある方

症状はいつから？

顔や体のどこに？

症状は？（かゆい、痛い、湿疹などできるだけ詳しく）

● 診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

● お薬について

・残っているお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

・必要になるお薬、量（ぬる薬、飲み薬）

● 当院では自費診療、手術・フットケアも行っています。気になることがあれば○で囲んでください。

【自費診療】

レーザー脱毛

光治療（シミ・赤ら顔）

シミの塗り薬

うす毛（AGA）

ピアス

肌年齢測定

まつげ育毛剤

プラセンタ注射

【手術・フットケア】

皮膚のしこり

ほくろ（レーザーも可）

できもの

巻き爪

水虫チェック

● 購入したい物品はありますか？ ○で囲んで、2つ以上の方は個数もご記入ください

また、お支払い方法はどちらですか？（ 現金 ・ クレジットカード ）

シャンプー

リンス

低刺激泡フォーム（洗顔・ボディ）

日焼け止め

ファンデーション

化粧品（

）

その他（

）