

受診票

郵便番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
携帯電話	— —
生年月日	年 月 日

1. 治療を希望する症状

アザ {赤アザ・茶アザ・黒アザ・青アザ・その他 () }

シミ・ニキビ・ホクロ・刺青除去・毛細血管拡張・傷跡・デキモノ

脱毛・シワ・タルミ・美容手術・植毛相談・その他 ()

2. 治療を希望する部位

頭・顔・首・胸部・背部・腹部・臀部・上肢・下肢・その他 ()

3. 現在、服用中の薬がありますか？

なし・あり (病名：) (薬名：)

4. 今までに麻酔の経験がありますか？ (有・無)

麻酔の時、発熱・ふらつき等の異常は無かったですか？ (有・無)

5. 現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

6. 注射または飲み薬によって発熱、発疹など異常がありましたか？ (有・無)

(注射名・薬名：)

7. 治療費の希望について、該当するものに○をつけて下さい。

() 健康保険適用範囲の治療だけを受けたい。自費なら治療を受けない

() できるだけ保険適用にしてほしいが無理なら自費診察でも構わない

() 費用にかかわらず、最高の治療をしてほしい

8. どのようにして葛西形成外科をお知りになりましたか？

看板・インターネット・紹介 (紹介者名：)

9. あなたが当院で治療を受けることになった場合、治療の経過・写真などを

他の患者さんに見せて構いませんか？

() 誰かわからないようしてくれれば構わない

() 絶対に困る

当院は診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報の取得・活用のため、マイナ保険証の利用にご協力ください