

※名前		生年月日	明治・大正	年	月	日
			昭和・平成			

※住所・電話番号の変更がある方のみ記入してください。

住所	〒

電話番号	自宅
	携帯

※診察してもらいたい場所に○を付けてください。

	※症状	
	かゆい	痛い
	ボツボツ	赤くなった
	腫れた	しこりがある
	じくじく	ヤケド
	ホクロ	シミ
	巻き爪	AGA

※現在、服用または外用されているお薬がある方は、記入してください。

※次のようなお肌に関するお悩みがありましたら○印をつけて下さい

シミ・ニキビ跡・しわ・たるみ・美白・フケ

その他()