



SAWAKO CLINIC

さわこ形成外科クリニック

記入日. _____ 年 月 日

氏名. _____ 男 ・ 女

A. 形成外科	1. ほくろ 5. 多汗症・腋臭症	2. できもの 6. 眼瞼下垂症	3. 傷 跡 7. 眼瞼内反症(さかまつげ)	4. 巻き爪・陥入爪 8. その他 ()
B. 皮膚科	1. 湿しん 2. かぶれ 3. 虫刺され 4. にきび 5. その他 ()			
C. 美容皮膚科	1. しみ・そばかす・くすみ 5. しわ・こじわ・たるみ	2. 肝 斑 6. にきび跡	3. 毛 穴 7. その他 ()	4. ピアス穴あけ
D. 美容外科	1. 二重まぶた 5. その他 ()	2. まぶたシワ取り	3. 唇のご相談	4. 女性外陰部のご相談
E. 点滴・注射	1. プラセンタ注射	2. 高濃度ビタミンC点滴	3. マイヤーズカクテル	
F. 医療脱毛	1. 脇 5. 下 腿(ひざ下) 9. 奥ビキニ(女性のみ) 13. 口 周 囲	2. 上 腕(ひじ上) 6. ひ ざ 10. 両 手 14. 両 ほ ほ	3. 前 腕(ひじ下) 7. 胸 ・ 腹部 11. 両 指 15. 口の周囲・ほほ・下顎	4. 大 腿(ひざ上) 8. Vライン(女性のみ) 12. 上 口 唇(鼻の下) 16. うなじ
G. メディカルコスメ 処方希望	1. クレンジング 2. 石 鹸 3. 化粧水 4. 美容液 5. 美白化粧品 6. 日焼け止め 7. ラティース			
H. 男性科	1. A G A 2. その他 ()			

今までに上記疾患、お悩みに関して医療機関で治療を受けられましたか？

(番号／例 A-1) _____ (時 期) _____ 年 _____ 月頃 (医療機関名)

今までに下記の病気にかかったことがありますか？

糖尿病 高血圧 心臓病 小児喘息 血液病 肝 炎

リウマチ 精神疾患 腎臓病 成人喘息 結 核

現在内服中のお薬はありますか？

あ る な し ある方は薬名をお書きください。 _____

薬剤・消毒液・ばんそう膏・石鹸・化粧品でアレルギーはありますか？

あ る な し ある方は内容をお書きください。 _____

ケロイド体質はありますか？

あ る な し

これまでに手術を受けたことはありますか？

あ る な し 何の手術でしたか？ _____

手術中に異常はありましたか？ 麻酔で気分が悪くなりましたか？

あ る な し は い いいえ

治療に際しての希望があればお聞かせください。

出来るだけ治療費を安く抑さえたい 費用がかかっても効果の高い治療を受けたい

例)○○○という治療を受けてみたい。 _____

通常当院から患者さまへご連絡を差し上げることはありませんが医師の出張等による予約の変更のお願いや、手術前の必要連絡事項の連絡をさせていただきます場合があります。

さわこ形成外科クリニックでよい 個人名にして欲しい 留守電に録音してもよい ご家族に伝言してもよい

当院を何でお知りになりましたか？

駅看板(JR・阪急・阪神) インターネット 通りがかり 知人の紹介(_____ 様) その他(_____)