

# 初診診療録(巻き爪 変形爪 外来)

2018-11

年 月 日

No. -

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	昭和 平成 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯	携帯番号は必ずご記入ください - -		
		自宅電話	- -		
E-mail	@	勤務先			

①あなたの治療したい爪は、どこですか？ 下図にしるしをつけてください。



②病変

1 : 巻き爪 2 : 変形爪 3 : 陥入爪 4 : 匙状爪 5 : 割れ爪 6 : 欠け爪

③他の病院・クリニック等で治療されたことがありますか？ (ない ある)

※ある方はご記入ください。わからない方は記入不要です。

病院名 ( ) 治療方法 ( ) 時期 ( )

④今までに下記の病気をされた事がありますか？ ✓又は○をつけてください。

高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 気管の病気 肺の病気

甲状腺疾患 脳の病気 アトピー性皮膚炎 肝炎 HIV ジンマシン

光線過敏症 ( 紫外線・太陽光線 ) 血液疾患 ( 貧血・白血病・紫斑病・その他 )

アレルギー性疾患 ( 気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー )

その他 ( ) ない

⑤現在服用している薬はありますか？ (ない ある)

※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。

( )

⑥薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※薬剤名がわかれば記入してください。

( )

⑦現在病気で通院していますか？ (ない ある) ※通院理由をお書きください。

( )

⑧女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？ (ない ある)

⑨当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介・雑誌・新聞等の記事・ビル案内・インターネット・その他 ( )

201 年 月 日

### 巻き爪治療 同意書

私は巻き爪治療に関し、治療内容、治療上の注意、治療の結果、起こり得る状態、治療に際するデータ及び臨床写真の取り扱い等について担当医より説明を受け、内容を理解し、了解いたしましたので、巻き爪治療を受けることに同意いたします。

個人情報について

住所や年齢、既往歴、写真、治療に際するデータなどは外部に漏れることがないように管理します。

〔予約について〕

当日遅刻をしないで下さい。遅刻されますと予約上、治療が出来ない場合がございます。

また当日キャンセルはキャンセル料として 5,000 円頂きます。尚、診察券は、必ずお持ち下さい。予診券を紛失された場合再発行手数料 1,000 円を頂きます。電話で予約を変更された場合は必ず診察券の訂正もしてください。

年 月 日

ふりがな

お名前

年齢

ご住所 〒

連絡先（携帯電話・自宅）

# 同意書

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル1階

パレスクリニック院長 殿

私は、貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対して、保険事故および保険金支払いの有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、及びそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

患者住所

電話番号

患者氏名

生年月日

昭和 ・ 平成

年

月

日

(同意者)

年

月

日

ご本人 （同意者が未成年の場合 下記ご記入ください）

患者との続柄

配偶者・親権者・法定相続人・その他（

住所

電話番号

氏名