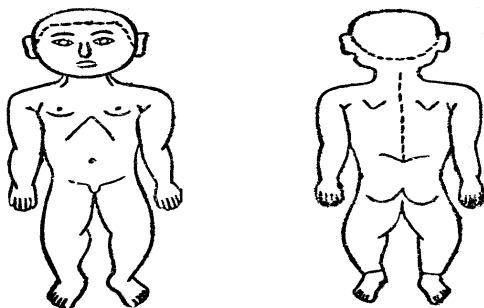


フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒				
自宅電話*			*電話番号は、当院からの連絡		
携帯電話*			が可能な番号をご記入下さい		

- ① 今まで体に合わなかったお薬はありますか？（アレルギーを含む）
 a. ある（薬剤名 ） b. ない
- ② 現在、使用中のお薬（内服薬または外用薬）はありますか？
 a. ある（薬剤名 ） b. ない
- ③ （女性のみ）妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠の可能性はありますか？
 a. はい（ ） b. いいえ
- ④ 過去に大きな病気をしたことがありますか？
 a. ある（病名 ） b. ない
- ⑤ 現在、なんらかの病気にかかっている場合は○をつけてください。
 ぜんそく ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 花粉症 ・ 糖尿病
 肝炎 ・ その他（病名 ）
- ⑥ 本日、診察を希望される部位に○をつけてください。



- ⑦ いつごろから症状が出現しましたか？
- ⑧ 現在、どのような症状がありますか？
 かゆい ・ いたい ・ いたがゆい ・ その他（ ）
- ⑨ 当院を受診したきっかけは何でしょうか？
 以前から知っている ・ 知人、家族の勧め ・ インターネット
 電話帳 ・ 看板 ・ その他（ ）