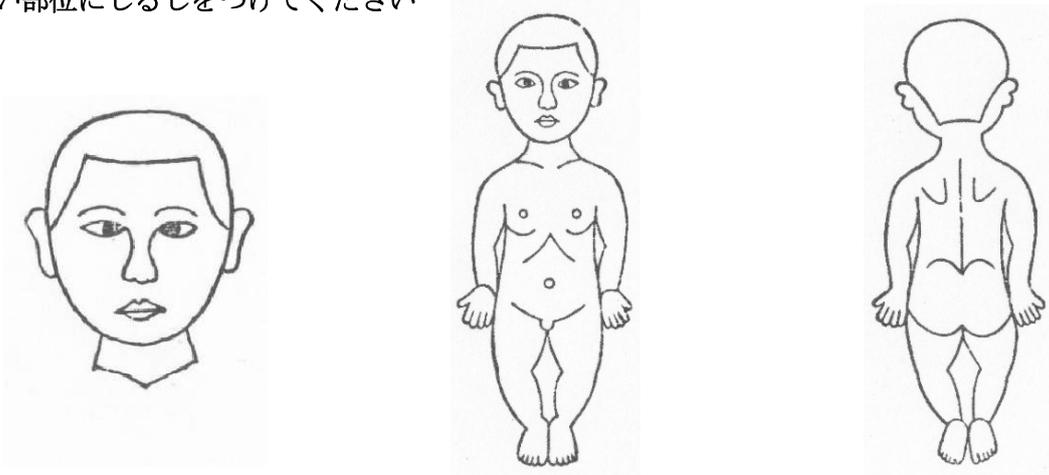


フリガナ	性別 男 ・ 女
名前	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所 〒	
携帯 ( )	自宅 ( )

- 1 診察してもらいたいこと 希望するものをすべてチェック☑  
 下に記入する症状  しみ・ほくろ (本日は診察のみ)  ピアス (耳たぶのみ)

診てもらいたい部位にしるしをつけてください



いつ頃から、どんな症状がでましたか。他で治療を受けましたか。希望することはありますか。

- 2 いままで大きな病気をされたり、治療中の病気はありますか。 ある ・ ない  
 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 肝炎 ・ 緑内障 ・ 花粉症  
 その他 ( )  
 使っている薬 ( )  
 \*薬手帳を持参の方は、記載は不要です。

- 3 いままで薬剤のアレルギーはありますか。 ある ・ ない  
 ある方 (薬剤名 )

- 4 妊娠中あるいは授乳中の方へ : 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

- 5 当院をなにでお知りになりましたか。  
 インターネット ・ 家族が通院 ・ 知人の紹介 ・ 看板 ・ 以前に受診 ・ その他 ( )