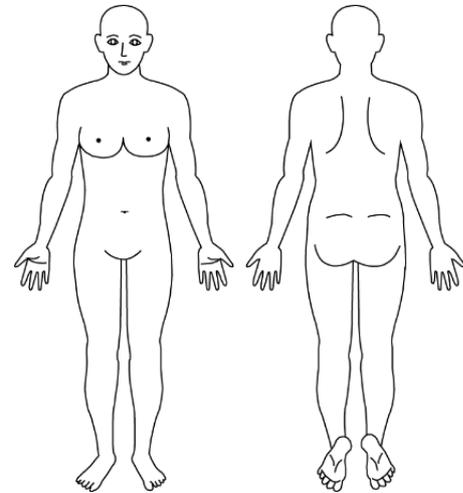


初診申込み・問診票

ID: _____ 年 月

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		妊娠 有・無 (月 日)	授乳 有・無
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 _____		
電話	携帯 _____	自宅 _____	
未成年者のみ記入	保護者氏名 _____	続柄 _____	保護者電話番号 _____
【当クリニックをどこで知りましたか？】 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (お名前: _____) <input type="checkbox"/> インターネット (ホームページ) で検索 <input type="checkbox"/> 駅広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 (病院名: _____) <input type="checkbox"/> 家や職場が近かった <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
いつから	[_____]		
どのような症状	[_____]		
上記症状に対して 使用中の外用薬 または内服薬はありますか？ (アトピーやニキビの方は現在または過去に 使用していた薬を記入ください)	[_____]		
アレルギーはありますか？ (該当するものに○をつけて下さい)		症状のある部分に○をつけて下さい 	
<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー (薬の名称: _____)			
今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？ (該当するものに○をつけて下さい)			
<input type="checkbox"/> ガン (部位: _____) 手術有無: _____ 治療歴: _____ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/出血 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症・低下症 <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
現在、他の病院で治療している病気や服用している薬はありますか？ [_____]			
抗凝固薬 (血液サラサラの薬) の内服		ない ・ ある	
運転(車・バイクなど)されることはありますか？		ない ・ ある	

★★おくすり手帳は先生にお見せ下さい★★