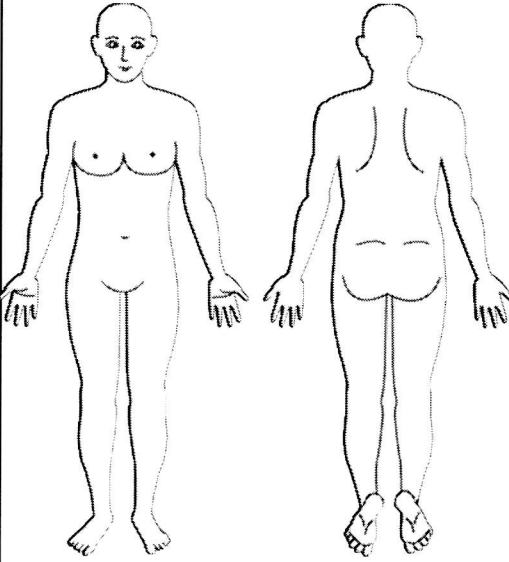


# 初診申込み・問診票

ID:

令和2年 月

|   |         |   |  |       |    |       |
|---|---------|---|--|-------|----|-------|
| ふりがな  |         |   | 性別   | 男 ・ 女 |    |       |
| お名前   |         |   | 妊娠   | 有 ・ 無 | 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   |   | 保護者電話番号  |       |    |       |
| 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<br>または内服薬はありますか？<br>(アトピーやニキビの方は現在または過去に<br>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○を付けて下さい   |       |    |       |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎<br><input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎<br><input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息<br><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？<br>(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: )<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症<br><input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈<br><input type="checkbox"/> 脳梗塞/出血 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症・低下症<br><input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |   |  |       |    |       |
| 抗凝固薬 (血液サラサラの薬) の内服   |         |   | ない ・ ある  |       |    |       |

★★おくすり手帳は受付にお出し下さい★★

書き終わりましたら受付にお出し下さい。その際、医師のご希望などがある場合はお申し出下さい