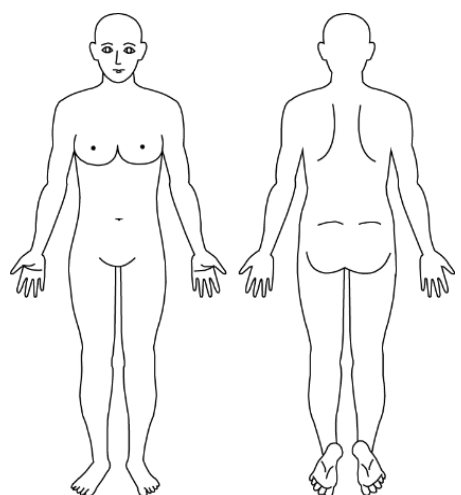


初診申込み・問診票

ID:

年 月

ふりがな			性別	男 ・ 女		
お名前			妊娠	有 ・ 無	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			
<p>【当クリニックをどこで知りましたか？】</p> <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"/> その他（ ）						
抗凝固薬（血液サラサラの薬）の内服			ない ・ ある			

★★おくすり手帳は先生にお見せ下さい★★

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。