

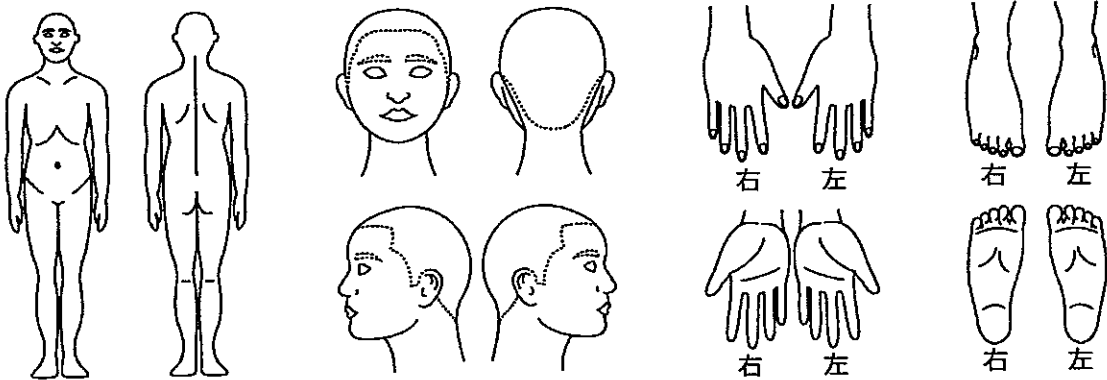
診 察 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			男	大正			
			女	昭和	年	月	日 (歳)
住所	(千 -)						電話:
							緊急時:
職業			身長	cm,	体重	kg	

1. いつからどのような症状がありますか。

- a. いつから: (例) ○月△日から、□日前から
- b. 症状 (○をつけてください): かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、いぼ、ホクロ、きず、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、あざ、その他 ()
- c. その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか? : (はい、いいえ)
はいと答えた方へ
使用している薬の名前:
- d. 部位 (絵に印をつけてください):



2. 現在、他に治療中の病気はありますか? (はい、いいえ)

⇒ 「はい」の方は、病名と薬を書いてください。(病名:)

〔薬:]

※診察時に薬手帳をみせていただくのでも構いません。

3. 今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧
胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血
手術 () その他 ()

4. 薬、食べ物にアレルギーはありますか? (はい、いいえ)

⇒ 「はい」の方は、具体的に教えてください。()

5. 【女性の方に】現在、妊娠中ですか?またはその可能性はありますか?

a. 現在妊娠している (か月) b 可能性あり c 可能性なし

6. 当院をどのようにして知りましたか?

a 知人の紹介 b 通りがかり c ホームページ d その他 ()