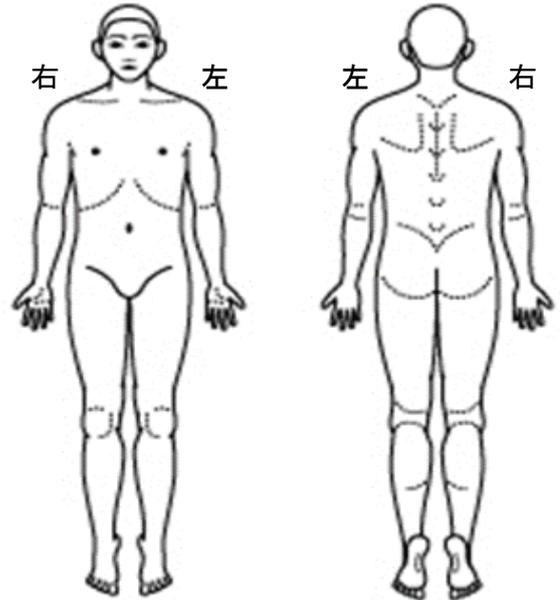


おなまえ	生年月日	職業	体重 (お子様の場合)
フリガナ	T・S・H・R		
	年 月 日		kg
住所		TEL	
		自宅 :	
		携帯 :	

1【当てはまる症状に ○ をしてください。】

いつ頃からですか？ 月 日 頃から

- 発熱 かゆい 痛い 腫れている
- 赤くなっている 湿疹 発疹 水ぶくれ
- 帯状疱疹 カサカサする できもの
- とびひ じんま疹 虫さされ ニキビ
- イボ シミ 水虫 巻き爪 脱毛
- 花粉症 やけど タコ ウオノメ
- 怪我 動物にかまれた
- その他



● 右図の、症状のある部分に○をつけて下さい ➡

2 現在、治療中の病気はありますか？

・病名 _____

3 お薬手帳

- 持っている → お薬手帳を 受付にお出しください
- 持っているが 家にある
- 持っていない → 服用中のお薬がありましたら 下記にご記入ください

5 今までにかかった病気はありますか？

・病名 _____

6 お薬などでアレルギー症状がでたことがありますか？

- はい ()
- いいえ

7 女性の方のみ 妊娠の可能性はありますか？

- はい
- いいえ

* 当院を受診されたきっかけは？

- ・インターネット
- ・自宅、職場から近く
- ・ご家族、友人の紹介
- ・医療機関からの紹介
- ・通りすがり
- ・その他()