

## はじめて来院された方へ

※内容については診療目的以外には使用しません。

ふりがな		男性 女性	生年月日	明・大・昭・平
お名前				年 月 日 ( 歳)
ご住所			電 話	ご自宅 携帯

① 本日診療を希望される症状に○をつけて、その部位をご記入ください。

皮膚科
かゆみ、痛み、腫れ、ただれ、赤み、発疹、 やけど、いぼ、しこり、にきび、しみ、しわ、 脱げ毛、ピアス希望 その他 ( )
-----
部 位 ( )

内科
かぜ、息切れ、だるさ、咳、発熱、吐き気、 動悸、息苦しさ、下痢、胸痛、腹痛、糖尿病、 高血圧、アレルギー、禁煙希望、メタボ、 高脂血症、予防接種、健診 その他 ( )

② その症状はいつからですか？ ( 年 月 日 ~ )

③ 今までにかかったことのある病気、または現在治療中の病気はありますか？

心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ ぜんそく ・ 結核 ・ じんま疹 ・ 花粉症  
目の病気(緑内障など) ・ その他( )

④ 現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ ない

⑤ 今までに下記のもので、気分が悪くなったり、かぶれ、じんま疹が出たりしたものはありますか？

内服薬(薬名 : ) 外用薬(薬名 : )  
化粧品 ・ しらが染め ・ 食品 ・ 植物 ・ その他( )

⑥ 歯科診療、または手術などで局所麻酔の経験はありますか？ ある ・ ない

⑦ 女性の方へ

A. 現在妊娠している B. していない C. 可能性がある D. 授乳中である

⑧ 当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 知人からの紹介
- ・ 病院、クリニックからのご紹介 ( 先生)
- ・ インターネットで検索 ・ 通りがかりに見つけた ・ タウンページで探した
- ・ 情報誌(ご近所ドクターBook等)で探した
- ・ その他( )

ご記入ありがとうございました。