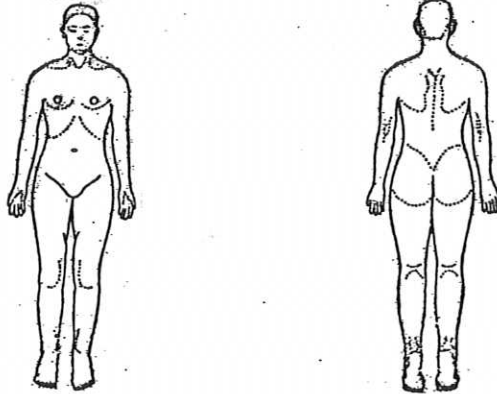


ふりがな		男性	明 大 昭 平
お名前		女性	年 月 日生
ご住所		電話	自宅 携帯

記入日

① 本日 発熱 発疹はありますか？ いいえ
はい→最近1カ月以内に海外へ行かれたか？ はい いいえ

② 治療をご希望される部位と、あてはまる症状に○をお付けください。



皮膚症状 かゆみ 痛み 赤み ただれ 発疹 やけど しこり いぼ
にきび 抜け毛 アレルギー 水虫 美容 ピアス

内科症状 発熱 せき かぜ 頭痛 めまい 腹痛 吐き気 下痢 便秘
尿の異常 どうき 息切れ 胸痛 背部痛 糖尿 高血圧
メタボ 禁煙相談 予防接種 () 健診
その他 ()

③ その症状はいつからですか？ (年 月 日ごろ)

④ 今までにかかったことのある病気 現在治療中の病気はありますか？
特にない
ある→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 ()

⑤ 現在飲んでいる薬はありますか？ ある ない

⑥ 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？

ない

ある→内服薬 (薬名) 外用薬 (薬名)
化粧品 白髪染め 食品 植物 その他 ()

⑦ 歯科医院で抜歯をしたり または手術などで局所麻酔 (部分麻酔) の経験は
ありますか？ ある ない

⑧ 女性の方へ

妊娠している していない 可能性がある 授乳中である

⑨ 当院を何でお知りになりましたか？

紹介→ 知人 家族 薬局

病院、クリニック (先生)

自分で見つけた→インターネット 情報誌 電柱広告

タウンページ 通りがかり

ご記入ありがとうございました。

内容については診療目的以外には使用しません

溝のロクリニック