

# 診 察 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ		男	大	昭	平	年	月	日	才
氏 名		女	生	年	月	日			
住 所	〒		自宅電話 ( ) 携帯電話 ( )						
職 業 (具体的に)		身長	cm	体重	kg				

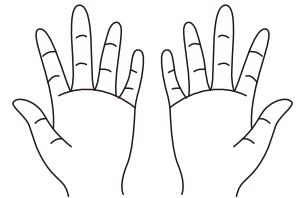
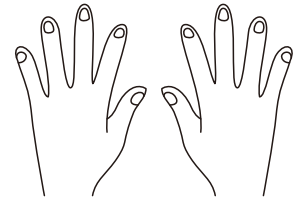
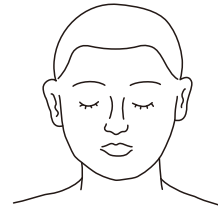
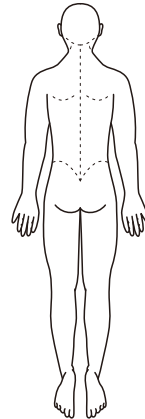
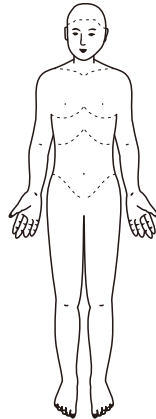
## いつからどんな症状がありますか？

1. いつから： 年 月 日から ( 才頃から)

2. a) 症 状：

かゆみ、いたみ、赤み、  
腫れ、水虫、できもの、  
いぼ、ほくろ、しみ、  
その他

( )



b) どこに：右の図に○を  
つけて下さい。

3. 何か治療をしましたか？ はい いいえ

治療の内容や薬の名前がわかればお書き下さい。

( )

## 病歴・アレルギー

4. 現在まで下記の病気にかかったことがありますか？ ○をつけて下さい。

- アトピー性皮膚炎
- アレルギー性鼻炎・花粉症
- ぜんそく
- 糖尿病
- 高血圧
- 心臓病
- 腎臓病
- 肝臓病
- 膠原病
- 前立腺肥大
- その他 ( )

5. 現在使用中の薬はありますか？ あり なし

薬名 ( )

6. 食べ物、薬のアレルギーはありますか？ あり なし

ある場合は、わかればお書き下さい。

食べ物・薬名 ( )

## 女性の方へ

7. 現在、妊娠・授乳中ですか？

- 現在妊娠中 ( 才月 )
- 可能性あり
- 可能性なし
- 授乳中 ( はい いいえ )

※来院されたきっかけを教えてください。 1. 当院をみて 2. 家族が通院 3. 看板 4. ホームページ  
5. 紹介 6. その他 ( )

このアンケートにご記入いただきました個人情報は、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。

1. 患者様に安全・有効に診療を受けていただくため
  2. カルテへの記載
  3. 他医療機関などとの連携・情報交換
- 同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。