

Web 版

ふりがな：

お名前：

生年月日： 年 月 日

性別： 男 ・ 女

【ご自宅】

郵便番号： —

住 所：

自宅電話番号： ()

携帯電話番号： ()

【通学先・勤務先】 もし出来ましたら記入してください。

郵便番号： —

住 所：

電話番号： ()

勤務先名：

1) 今日はどこを診察してもらいますか？

頭 ・ 顔 ・ 首 ・ 体 ・ 腕 ・ 手 ・ 脚 ・ 足

その他 ()

★いつからですか？ ()

★どうされましたか？ ^{かゆい} 痒い ・ ^{いたい} 痛い ・ その他 ()

★今回の症状について他の病院での治療を受けていましたか？

ある ない

2) 現在、他の科で治療中の病気はありますか？ ある ない

ある方は病名 ()

使用中の薬 ()

3) 今まで薬による副作用がでたことがありますか？

はい () いいえ

4) アレルギーはありますか？

有 () 無

5) 女性の方にお伺いします。 ★現在妊娠していますか？ はい いいえ

★授乳していますか？ はい いいえ

★閉経していますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。
書き終わりましたら、受付までお持ち下さい。