

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？ <sup>かゆい</sup>痒い・<sup>いたい</sup>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？ 有 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。