

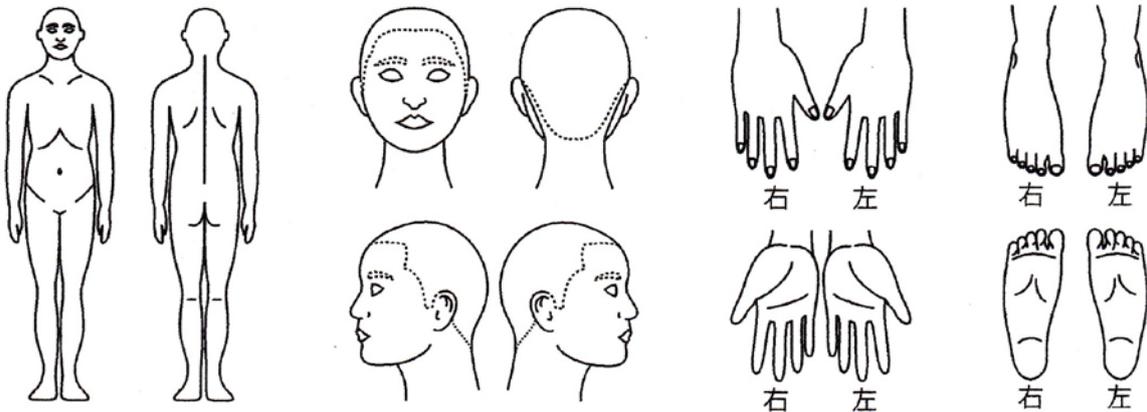
診 察 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明 昭 平	年	月	日	才
氏名								
住所	〒							
								電話 ()
※ 一人暮らしの方は記入して下さい			帰省先の電話番号 ()					

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから： 1. 本日から 2. () 日前 3. () 週間前 4. () か月前 5. () 年前
- b) 症 状： かゆい・赤い・痛い・ただれた・はれた・じゅくじゅく・水虫・いぼ
ほくろ・にきび・やけど・できもの・その他 ()
- c) 部位



2. 現在、他に治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)
病名 () 病院名 ()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか
1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病 6. 高血圧 7. 胃潰瘍
8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大 12. 緑内障 13 その他 ()

4. 現在服用中の薬(内服薬)はありますか (ある ・ ない)
あれば薬剤名を教えてください
お薬手帳があれば見せてください

5. 薬、食べ物などでアレルギーはありますか (ある [] ・ ない)

6. 《女性の方に》現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？

1. 現在妊娠している (週) 2. 授乳中 3. なし

7. 当院をどのようにして知られましたか？

1. 近郊 2. 以前より通院していた 3. ホームページ 4. 口コミサイト 5. ご紹介 6. 看板

ひふ科大山クリニック