

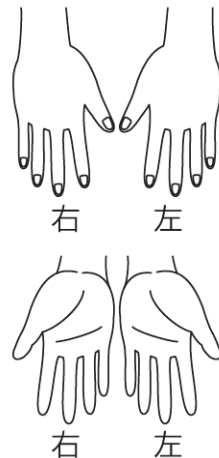
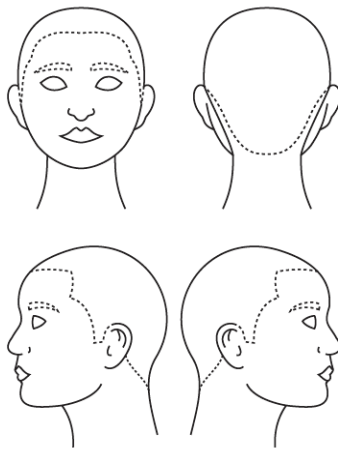
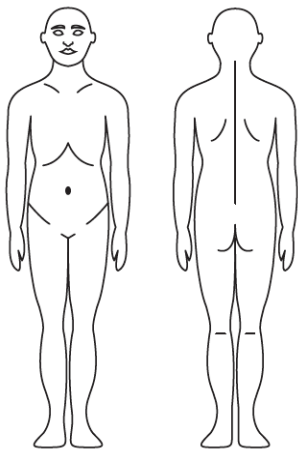
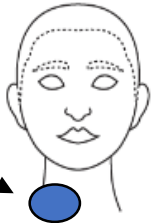
フリガナ		生年月日	体重
お名前		・明治・大正 ・昭和・平成 年 月 日(歳)	()kg
ご住所	〒	TEL自宅	
		携帯番号	

※診察は受付番号順です。記入漏れのないようお願い致します。

1. 症状を詳しく図に記載して下さい。 例) 3日前より赤く痒い →

- a) いつから?
- b) どこに?
- c) どんな症状があるか?

半年前よりシコリ
痛み、痒みなし



D) 上記の症状で治療をしましたか?

いいえ はい 病名 () 治療薬 ()

2. 現在、他に治療中の病気はありますか?

いいえ はい ⇒ 糖尿病 透析 肝臓病 腎臓病 心臓病 高血圧
前立腺肥大症 緑内障 その他 ()

3. 現在、服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか?

いいえ はい (薬品名:)

↳ 薬手帳に印を付けて受付へ提出でも可

4. 薬や食事でアレルギー反応が出たことはありますか?

いいえ はい (薬品名など:)

5. 女性の方へ: 現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか?

いいえ 妊娠中 妊娠の可能性ある 授乳中

6. 以下の感染症がありますか なし 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 HIV