

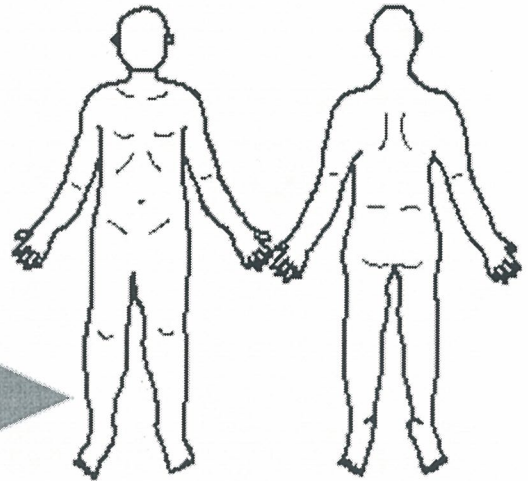
記載年月日: 年 月 日

フリガナ			
お名前	(男・女)		
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (才)
ご住所	〒		
ご連絡先電話番号			

① ●本日の症状について伺います。
どのような症状ですか？

●その症状はいつ頃から始まりましたか？
思い当たる原因はありますか？

●症状の場所を右図へ簡単にお示し
ください



② ●その症状について他の医療機関へ受診されましたか？

いいえ はい(病院名:)

③ ●今までに大きい病気や手術をされたことはありますか？
あれば古いものから順にお書き下さい。

いいえ はい()

※記入例:肺炎-15才

④ ●現在定期的に他の医療機関で治療を受けていらっしゃいますか？

いいえ はい(疾病名:)

●現在、服用されているお薬がございましたらご記入ください。

()

⑤ ●今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい(薬:) 食べ物()

⑥ ●女性にお尋ねします。
現在妊娠中ですか？

いいえ はい(予定日:) 可能性あり

⑦ ●本院は何でお知りになりましたか？

他医療機関からの紹介(病院名: 医師名:)

看板を見て 近所なので HPを見て

その他()

★その他何かご希望などございましたらお知らせください★