

皮膚科診療申込書

初診日 年 月 日

No. _____

| | | |
|------|-----|-------------------|
| フリガナ | | 大・昭・平 |
| お名前 | 男・女 | 生年月日 年 月 日(才 ヶ月) |
| フリガナ | | 電話番号 |
| 住所 | 〒 | 携帯電話 |

①いつからどのような症状がありますか？

※お子様が受診の場合：体重()kg

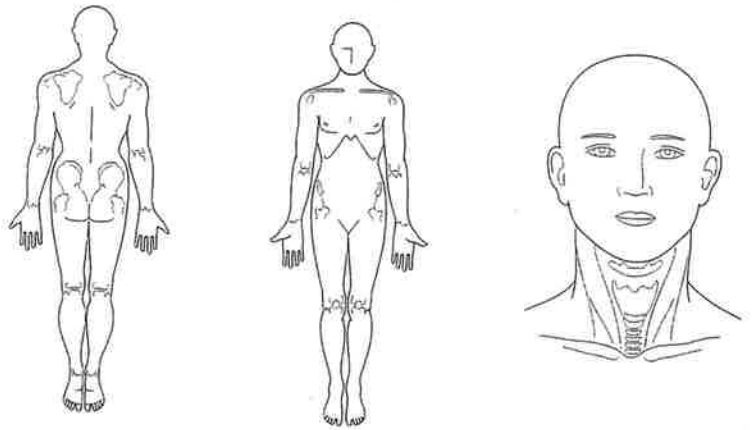
いつから()年()月()日～
どうしましたか？()

<あてはまる場合にチェック☑してください>

<具合の悪い所にしるしを付けてください>

- かゆい
- 痛い
- じくじくしている
- 爪水虫を治したい
- やけどをした
- 症状は何もない
- 毛が抜ける
- 男性型脱毛について聞きたい
- いぼ・たこができています
- ほくろが気になる
- 巻き爪ができています
- その他()

頭 顔 首 胸 腹 背中 陰部 おしり うで 手 太もも 足 すね



②そのために、他の医療機関にかかりましたか？

かかった → いつ、どこに？() ・ かかっていない

③他の症状はありますか？

ある → 発熱 咽頭痛 関節痛 口内炎 その他() ・ ない

④今までにかかったことのある病気、または現在かかっている病気はありますか？

ある → アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 気管支喘息 花粉症 食物アレルギー()
糖尿病 緑内障 前立腺肥大症 高血圧 狭心症 脳梗塞 その他() ・ ない

⑤現在飲んでいる薬はありますか？

ある → (薬剤名:) ・ ない

⑥お薬のアレルギーはありますか？

ある → (薬剤名:) ・ ない

⑦(女性の方) 現在、妊娠中または授乳中ですか？

はい → 妊娠中 出産予定日(年 月 日) ・ 授乳中 ・ いいえ

《アンケートのご協力をお願い致します》

どのようにして、当クリニックをお知りになりましたか？

- ① インターネット(ホームページ・検索サイト)
- ② クリニック前看板
- ③ 家が近い
- ④ 会社が近い
- ⑤ 紹介(他医療機関から・家族から・友人から)
- ⑥ その他()

メディカルボックス東大和