

受付
No.

ID:

初めて来院された方へ

事後に保険証の確認が必要になる場合があるため、保険証のコピーを電子カルテに保存させて頂いております。予めご了承ください。

フリガナ	生年月日
-----	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
氏名	年齢(満 才) 性別(男・女)
住所 (〒 -)	ご自宅 TEL() 携帯電話()

下記の項目について記入 もしくは○で囲んでください。(わかる範囲で結構です。)

1. お悩みの部位に○をつけて下さい。 →
●いつ頃からですか？ (_____ から)
(おおよそでかまいません)

●どのような症状ですか？

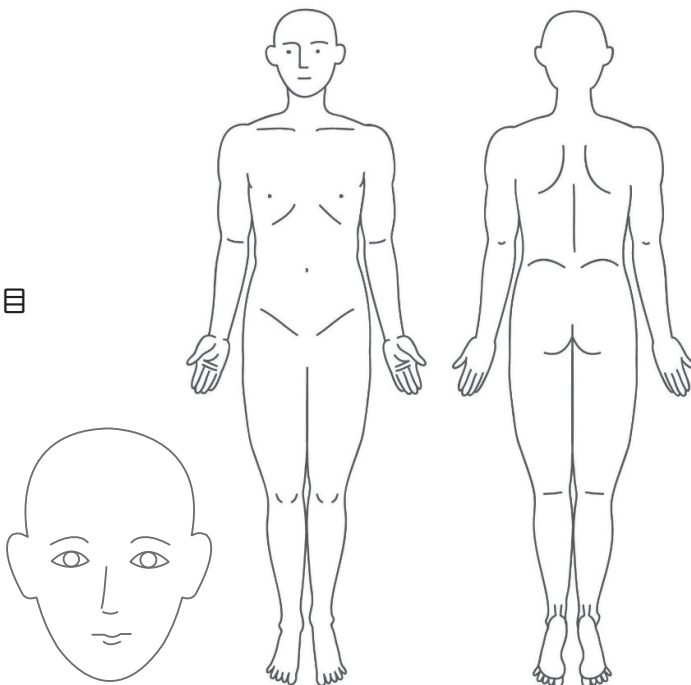
ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ
やけど 水虫 にきび いぼ たこ / 魚の目
じんましん アトピー
その他 (_____)

●かゆみや痛みはありますか？

無い・かゆい・痛い・いたがゆい

●思い当たる原因はありますか？

薬 / 食べ物 / 化粧品 / 虫さされ / 不明
その他 (_____)



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？

いいえ・はい → 医療機関名 (_____) 病名 (_____)
治療内容 (_____)

3. 現在他に治療中の病気はありますか？

いいえ・はい → アトピー / 喘息 / 糖尿病 / 高血圧 / 前立腺肥大 / 緑内障 / 脳疾患
肝臓病 / 腎臓病 / 心臓病 / その他 (_____)

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？ (お薬手帳があれば御提示ください)

いいえ・はい → (_____)

5. 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい → 薬品名 (_____)
食品名 (_____)

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳していますか？

いいえ・はい → 妊娠中・授乳中・可能性がある

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ 通りがかり 知り合い 折込チラシ 駅前看板 Google グーグル

8. その他何かありましたらご記入ください。