
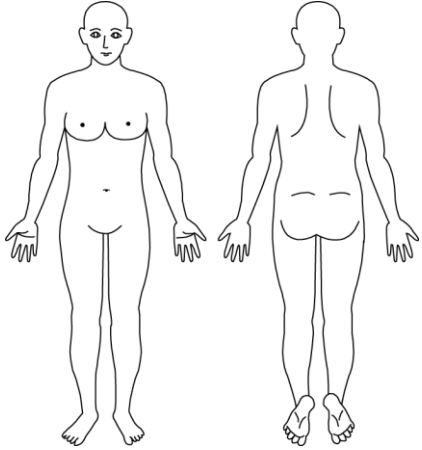


初診申込み・問診票

ID: _____ 年 月 日

ふりがな お名前			性別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所	〒 _____			
電話	自宅	携帯		
未成年者のみ記入	保護者氏名	保護者電話番号		

【当クリニックをどこで知りましたか？】
 家族・知人の紹介 バス・電車車内広告 他の医療機関からの紹介(病院名: _____)
 インターネットで検索 家や職場が近かった タウン誌で見た(湘南リビング・鎌倉プレス)
 その他(_____)

今日はどうされましたか？ ※美容相談の方はご要望をお書き下さい 	症状のある部分に○を付けて下さい 
--	--

いつごろからですか？	
現在飲んでいるお薬はありますか？	ない ・ ある (_____)
現在治療中の病気はありますか？	ない ・ ある (_____)
今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？	ない ・ ある (_____)
アレルギーはありますか？	ない ・ ある (下記よりお選び下さい)
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー(薬の名称: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
嗜好品について	タバコを吸う ・ アルコールを飲む

女性の方へ ※妊娠中・授乳中の場合、処方内容などが変わります。念の為、診察時に直接医師にもお伝え下さい

◆妊娠されていますか？ いいえ ・ わからない ・ はい (_____ 週目)
 ◆授乳中ですか？ いいえ ・ はい

書き終わりましたら受付にお出し下さい。その際、医師のご希望などがある場合はお申し出下さい。