



■ 当クリニックをお知りになりましたのは、下記のうちいずれでしょうか。
お手数ですが○をお付け下さい。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1、以前通っていた | 2、知人から聞いて |
| 3、家人から聞いて | 4、クリニック前の看板を見て |
| 5、電話帳を見て | 6、Iタウンページを見て |
| 7、ホームページを見て | 8、他院からの紹介 |
| 9、その他 () | |

ふりがな お名前		ご年齢		性別	男・女	
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	生	
ご職業	学生 会社員 公務員 自営業 主婦 無職 その他 ()					
ご住所	〒					
お電話 (自宅)		携帯				

■ 今日はどの科に受診希望されていますか？

内科 ・ 皮膚科 ・ 皮膚外科 ・ 泌尿器科 ・ 漢方治療

■ 今日はどのような症状で来られましたか？

[]

■ 今まで、または現在治療されている病気が有りましたら○で囲んでください。

アレルギー性鼻炎、結膜炎 花粉症() アトピー性皮膚炎 喘息
食物アレルギー() 金属アレルギー() その他のアレルギー()
糖尿病 脂質異常 高血圧 痛風 狹心症 心筋梗塞 脳血管障害
腎臓病 肝臓病(B型・C型・その他) 膜原病()
癌() 手術() その他()

■自動車の運転等危険を伴う機械の操作・・・無・有

■妊娠の可能性・・・無・有 (授乳・・・無・有)

■現在お飲みになっているお薬はありますか？

・・・無・有 > お飲みになっている薬(種類・名称)を教えていただけますか？

[]

■お薬をお飲みになって、荨麻疹やアレルギーの症状を出された事がありますか？

・・・無・有 > どのような薬剤でどのような症状でしたか？

[]