

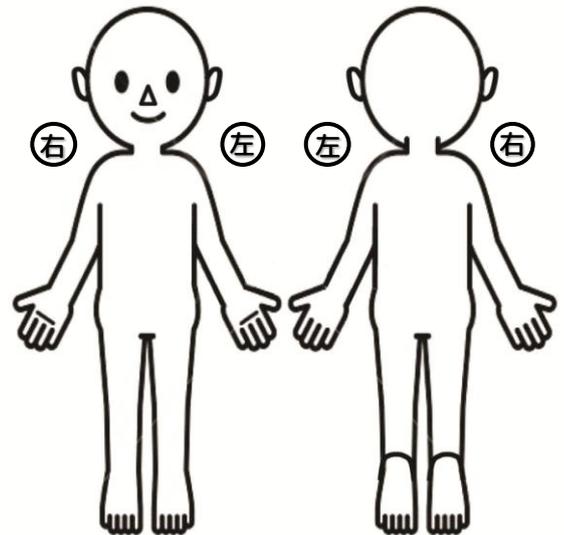
フリガナ		性別	● 車の運転をしますか いつもしている・時々している・いいえ  ● 薬や食物のアレルギーはありますか はい・いいえ [お薬・食物などの名前] ]  ◎ 女性の方へ 妊娠・授乳をしていますか はい・いいえ [ 妊娠 カ月 ・ 授乳中 ]
お名前		男・女	
生年月日	[ 大正・昭和 平成・令和 ] 年 月 日		
ご住所	〒		
お電話	ご自宅 — — 携 帯 — —		
緊急連絡先	— — (続柄 )		

## 本日のご症状についてご記入ください

### 1. あてはまる 症状 ・ 部位 に○をつけてください

- |         |       |
|---------|-------|
| ・ かゆい   | ・ ニキビ |
| ・ 発疹がある | ・ いぼ  |
| ・ 痛い    | ・ やけど |
| ・ はれている | ・ 巻き爪 |
| ・ 乾燥    | ・ 水虫  |
| ・ じんましん | ・ ほくろ |
| ・ 水ぶくれ  | ・ シミ  |
| ・ 脱毛    | ・ その他 |

[ その他 ]



### 2. いつごろからですか

[ から ]

### 3. 今回の症状に何か治療をしましたか

・ いいえ ・ はい [ ]

### 4. 医師の希望はありますか

・ 院長 (男性) ・ 西村医師 (女性) ・ 指定なし

※西村医師は水曜午後・木曜休診

### 5. 現在、治療中の病気がありますか

・ いいえ ・ はい

[	・ 糖尿病	・ 高血圧症	・ 高脂血症	・ 前立腺肥大
	・ 緑内障	・ 心疾患	・ 脳血管疾患	
	・ 悪性腫瘍 [ ]		・ 婦人科疾患 [ ]	
	・ 精神疾患 [ ]		・ その他 [ ]	

ご記入ありがとうございました お薬手帳をお持ちの方は一緒にお出してください