

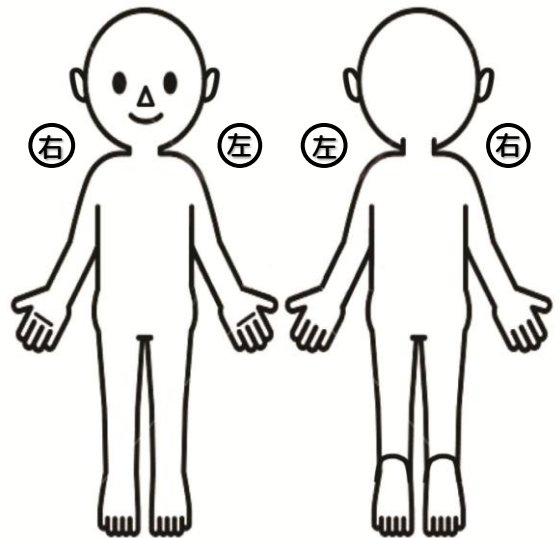
フリガナ		性別	● 車の運転をしますか いつもしている・時々している・いいえ ● 薬や食物のアレルギーはありますか はい・いいえ [お薬・食物などの名前]] ◎ 女性の方へ 妊娠・授乳をしていますか はい・いいえ [妊娠 カ月 ・ 授乳中]
お名前		男・女	
生年月日	[大正・昭和 平成・令和] 年 月 日		
ご住所	〒		
お電話	ご自宅 — — 携 帯 — —		
緊急連絡先	— — (続柄)		

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