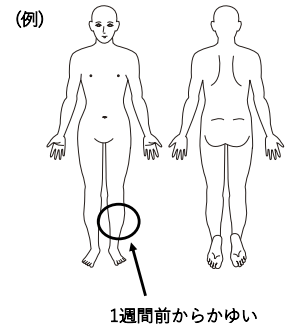
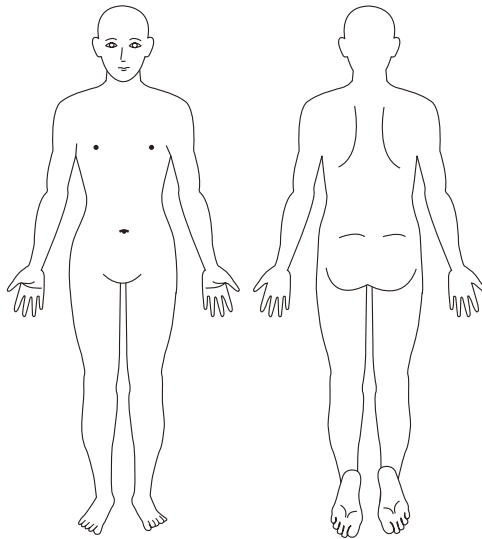


フリガナ		生年月日		性別	体重
お名前		明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	男・女	kg
ご住所	〒	自宅TEL			
		携帯電話			

※ 診察を希望される部位、症状については記入漏れのないようにお願いいたします。

1. いつからどんな症状がありますか？ 部位は図に記載してください。



2. 上記の症状で治療を受けましたか？ いいえ はい(治療薬:)

3. 現在、他に治療中の病気はありますか？または病気を指摘されたことがありますか？
いいえ はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 透析 腎臓病 肝臓病
 前立腺肥大症 緑内障 その他()

4. 現在服用中・外用中の薬はありますか（市販薬含む）？ *お薬手帳の提出でもかまいません
いいえ はい（内容:)

5. 体に合わない薬、アレルギーのある薬はありますか？
いいえ はい(薬の名前:)

6. その他のアレルギーはありますか？
いいえ はい → 花粉症 金属 食べ物()
 その他()

7. 女性の方のみお答えください。
 現在妊娠中ですか？または妊娠の可能性ありますか？ いいえ はい
 現在授乳中ですか？ いいえ はい