

※職場でのやけどや外傷の場合は必ず受付にお申し出下さい

受診日 平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男・女

生年月日  
明・大・昭・平  
年 月 日 (才)

身長 cm 体重 kg

住所 〒 \_\_\_\_\_ (郵便番号の記入をお願いします)

都・道  
府・県

電話番号  
自宅 - -  
携帯 - -  
E-mail @

◆本日はどのような症状で受診しましたか？

\*症状が出ているところを右の図に示して下さい。

\*症状はいつ頃からありますか？

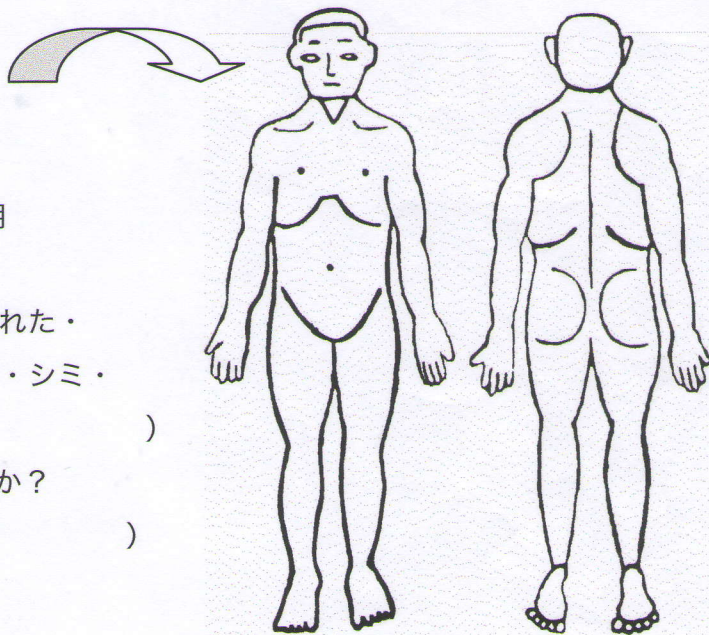
( ) 日前から、( ) 週間前から、  
( ) ヶ月前から、( ) 年前から、 不明

\*どのような症状ですか？ ○印をつけて下さい。

かゆい・痛い・赤くなった・カサカサする・腫れた・  
しこりがある・ジクジクする・ニキビ・ホクロ・シミ・  
イボ・やけど・脱毛・その他 ( )

\*この症状で今までに治療を受けたことがありますか？

なし あり (病院名 薬剤名 )



◆現在治療中の病気はありますか？

なし あり (病名 病院名 薬剤名 )

◆これまでに次のような病気にかかったことはありますか？ ○印をつけて下さい。

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・緑内障・前立腺肥大症・その他 ( )

◆これまでに食べ物や薬などで何か異常が出たことがありますか？

なし あり (食品名・薬剤名 )

◆ご婦人の方へ・・・現在、妊娠や授乳をしていますか？

いいえ 妊娠中 ( 週目) 妊娠の可能性ある 授乳中

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ○印をつけて下さい。

チラシ・電話帳・診療所を外から見て・インターネット (ホームページ)・家族や知人からの紹介・  
その他 (具体的にお書き下さい )