

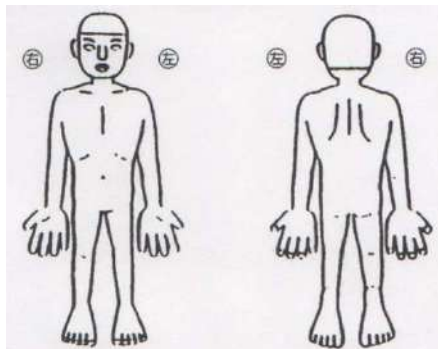
初 診 票

年 月 日

〒	—	ご住所	
フリガナ お名前	様		お子様のみ体重 kg
生年月日	T・S・H・R	年	月 日
ご職業	電話：自宅		
	電話：携帯		

ご相談内容は2つ以内でお願いします。優先順位を①②で表してください。
内容によっては①しか出来ないこともあります。

1. 診察を希望される部分を
右の絵で印をつけてください
2. そこは 痒み ・ある ・ない
痛み ・ある ・ない
全身の熱は ・ある ・ない
3. その症状は ・ ____ 日前から
・ ____ か月前から ・ ____ 年前から
4. どの様な治療をしていましたか
・ 無治療
・ 売薬で → その薬の名前は



- 病名

薬の名前
5. その後はいかがですか
(無治療の場合も記入)
 - ・ 良くなった
 - ・ 変わらない
 - ・ 少し良くなった
 - ・ 悪くなった
6. 家族・友人に同じ症状の人がいますか → ・ いる ・ いない
7. 今までに下記の病気にかかったことはありますか
 - ・ ない
 - ・ ある → 肝臓病 糖尿病 高血圧 喘息 アレルギー性鼻炎 (花粉症)
前立腺肥大症 狭隅角緑内障 閉鎖性緑内障
その他
8. 今までに注射やお薬によるアレルギーはありましたか
 - ・ ない
 - ・ ある → 薬の名前

どのようになりましたか
9. 服用中のお薬や使用中の注射を記入し、お薬手帳の提出もお願いします。
重要な薬は必ず書いてください。

病名

薬の名前
10. 妊娠中ですか、あるいはすぐに妊娠する予定はありますか
 - ・ はい
 - ・ いいえ
11. その他、何かありましたらご記入ください

()