

ふりがな

氏名 生年月日 年 月 日 年齢 住所 〒 TEL

今回のご相談内容を詳しく書いてください。

(いつ頃から、どこに、どんな症状があるか、どんなことが特に困っているのかなど)

◇次にあげるような病気にかかったことがありますか？(○をつけてください)

 アトピー性皮膚炎 じんましん 喘息 鼻アレルギー 眼アレルギー 心臓病 高血圧 不整脈 高脂血症 肝臓病 腎臓病 糖尿病 リウマチ 甲状腺の病気 胃潰瘍・胃炎 腸の病気 婦人科系の病気 その他(具体的に)◇現在使用している薬はありますか？(他疾患の薬を含めて) はい いいえ

◇下記の薬剤で不具合を生じたことはありますか？(○をつけてください)

 麻酔薬 消毒薬 予防接種 その他(抗生剤、ピリンなど) 特にない◇妊娠中・授乳中の方は右記に○を付けてください。 妊娠中 授乳中◇美容(しみしわなど)の相談をされたい方は「はい」に○を付けてください。 はい

◇診療内容の明細書を領収書とは別に発行することができます(受付に見本があります)。

発行を希望されますか？ はい いいえ

◇当院をどこでお知りになりましたか？(○をつけてください)

 当院のホームページ その他インターネット() 通りがかり 他の人からの紹介(様) その他()

ご協力ありがとうございました。