

初診時間診表

平成 年 月 日

下記の項目についてご記入、または○をつけてください
 分かりにくい点がございましたら、遠慮なく受付でお聞きください。

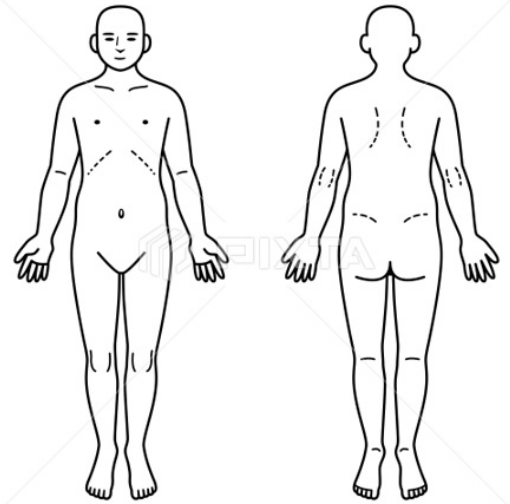
ふりがな 氏名		生年月日 性別	T S H 男 女
住所		電話番号	() -

①どこの具合が悪いですか？ 絵に○をつけてください。

②いつからですか？ ()

③どんな症状ですか？

- かゆい 痛い 皮膚のできもの 虫に刺された
 かさかさする にきび やけど
 赤くなっている いぼができた 脱毛
 他病院からの紹介 その他 ()



④今までかかった病気はありますか？

- 喘息 前立腺肥大症 鼻炎 緑内障 胃潰瘍 糖尿病 心臓の病気 肝臓の病気
 腎臓の病気 脳梗塞 その他 ()

⑤アレルギーはありますか？ なし あり ()

⑥局所麻酔の注射をしたことがありますか？ ある ない
 →あると答えた方で具合が悪くなったことがありますか？ いいえ はい

⑦現在、内服している薬剤を分かる範囲で記入してください

⑧これまで合わなかった薬はありますか？
ない ある ()

⑨妊娠の有無（女性の方のみ） 妊娠していない 妊娠している

⑩お子様の場合 体重 kg

ご協力ありがとうございました。診察までもうしばらくお待ちください。