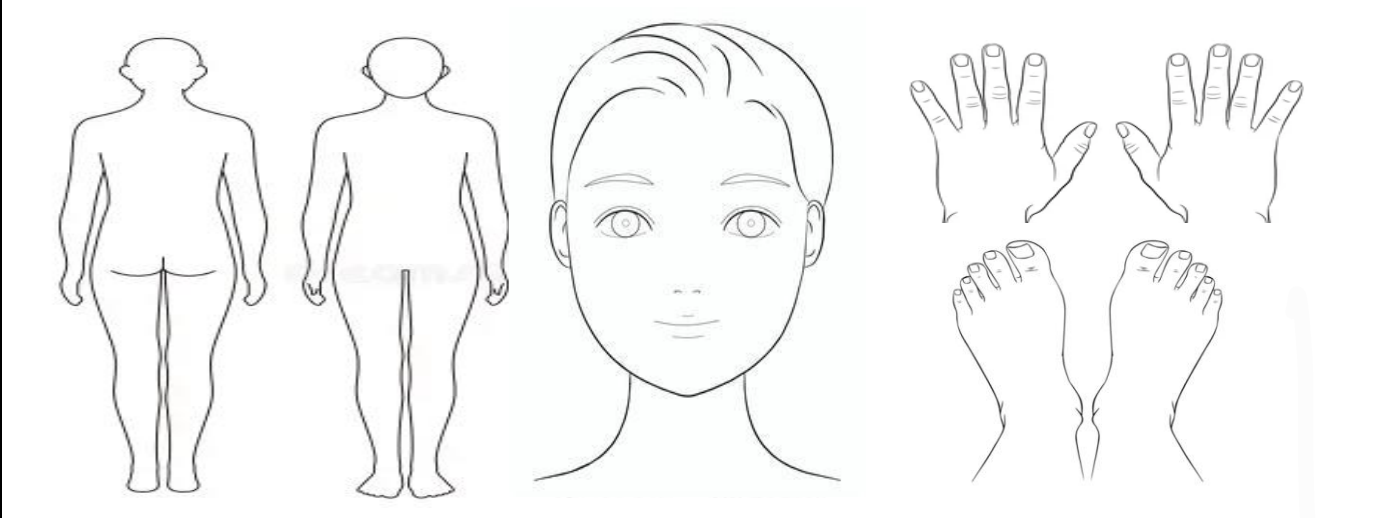


(記入日: 年 月 日)

フリガナ	ID:
お名前	ご職業
生年月日 年 月 日	ご年齢 歳
〒 住所	
Tel(携帯電話)	
症状の部位はどこですか 又、症状に○をつけてください(複数ある場合は①②③と記入してください)	
①部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状()	
②部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状()	
③部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状()	
症状の部位に○をつけてください	
	
現在処方されている薬はありますか:ある・なし(お薬手帳ご持参の場合は記入不要です)	
お薬手帳持参:有・無	
今までにかかった病気、治療中の病気はありますか:ある・なし(あれば記入してください)	
薬やその他のアレルギーはありますか:ある・なし(あれば記入してください)	

【女性の方】

妊娠している	はい・いいえ	授乳中である	はい・いいえ
--------	--------	--------	--------

【お子様】

体重	Kg
----	----

患者様とその家族様、関係者様が暴力行為、脅迫、暴言行為、セクハラ発言行為や無断キャンセルに至った場合は当院の指示(web予約使用の不可、受診の拒否、診断書作成の拒否等)に従う事に同意できますか?

貴院指示に同意します (署名)