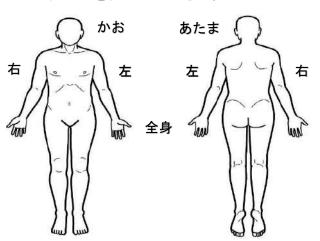
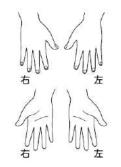
フリガナ						ID				
お名前						性別	l	男		女
住所	₹					体重	※小	、児の場合(のみ	記入 Kg
携帯番号	_	_		電話		_		_		
生年月日	大正・昭和・	平成・令和	年	月	日	年虧	ì			歳

)

症状 1

- ① どのような症状ですか? かゆみ 痛み 赤み 腫れ 膿み その他(
- ② 症状はどの部分ですか? 下の図に〇を付けてください。

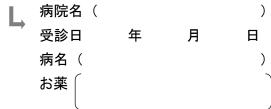






- ③ いつから症状がありますか?
 - 年 月 日頃から
- ④ その症状で病院には行きましたか?

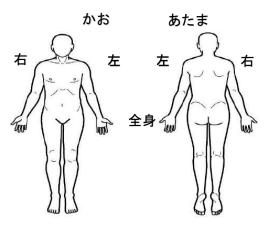
はい いいえ 病院名(

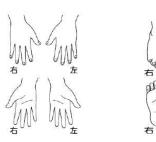


症状2

※症状がひとつの時は記入不要です。 症状が複数あるとすべて拝見できない 場合もあります。ご了承ください。

- ① どのような症状ですか? かゆみ 痛み 赤み 腫れ 膿み その他(
- ② 症状はどの部分ですか? 下の図に〇を付けてください。





③ いつから症状がありますか?

年 月 日頃から

④ その症状で病院には行きましたか?



♦	他に治療中の病気はありますか?	
	はい・ いいえ	
	➡ 病名 ()
♦	現在、お薬を飲んでいますか?	
	はい・ いいえ	
	➡ お薬名 (
•	これまでに大きな病気にかかったことはありますか?	
	はい・いいえ	
	場 病名 ()
•	これまでにアレルギー症状が出たことはありますか?	
	はい・いいえ	
	お薬名()
	→ 食べ物 ()
	その他()
•	女性の方へお尋ねします。該当するところに〇をつけてください。	
	妊娠中 授乳中	
•	ルウナドナミックリナトナムの	
•	当院をどちらで知りましたか?	
	ノンカーネット検索 じりり ブコーノル ビルの手に 雨せの広生	
	インターネット検索 ドクターズファイル ビルの看板 電柱の広告	
	他の病院からのご紹介 ⇒ 病院名 ()	
	他の病院からのご紹介 ⇒ 病院名 ()	
	知し、ご気体がこのご紹介	
	知人・ご家族からのご紹介	
	その他 ➡ ()	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。