

診療申込・問診書

フリガナ

明・大・昭・平

お名前 _____ 男・女 生年月日 年 月 日
ご住所 〒 _____

電話番号 自宅・勤務先・携帯 _____

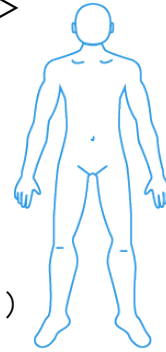
<<< 以下の項目にわかる範囲でお答えください >>>

1. 当院にかかったことは？ ない・ある

2. 診察を希望される場所は？

右の絵に○を書いてください。

3. 症状は？ かゆい・痛い・その他()



©メディカルイラスト図鑑

4. 現在治療中または過去にかかったことのある疾病を○で囲んで下さい。

糖尿病・肝臓病・高血圧・心臓病・胃潰瘍・腎臓病・脳疾患・前立腺肥大
緑内障・精神疾患・アトピー・喘息・花粉症・風疹・はしか・水ぼうそう
帯状疱疹・その他()

5. 現在飲んでいるお薬は？ ない・ある(薬剤名:)

6. お薬や食べ物でアレルギーの経験は？ ない・ある

7. 最近、発熱しましたか？ ない・ある

8. 女性の方へ 妊娠(可能性)・授乳して いない・いる

9. 体重 Kg

☆保険証・各受給証・旧診察券を窓口にお出し下さい。

☆保険証がなかったり、期限切れの場合は自費になりますのでご了承ください。

松葉皮膚科 ☎君津55-8001