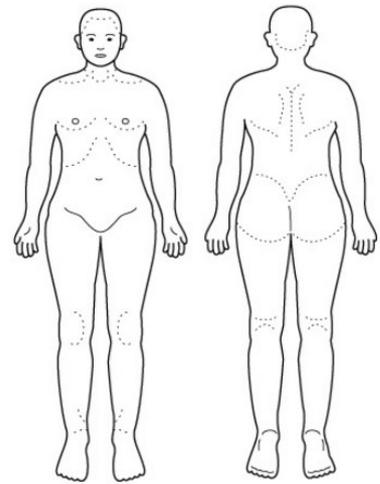


日付	紹介状 CD
ID	受付時間
問診予定	診察予定

ふりがな _____ 男
 お名前 _____ 女 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
 (〒 -)
 おところ _____
 ご連絡先 携帯 _____ ご職業(勤務先)
 電話番号 自宅 _____ (学校名) _____

いつから、どのような症状がありますか？

症状がある部位に○を付けて下さい



該当する項目にしてください

- ◆ 過去にぜんそくの症状はありますか？
 ない ある _____
- ◆ ほかの病気はありますか？
 くすりを飲まれていますか？
 ない ある
 心臓、高血圧、糖尿病、胃腸(かいようなど)
 肝臓、腎臓、そのほか _____
- ◆ 注射・くすり・食べ物でアレルギーがありますか？
 ない ある _____
- ◆ 本日の診察にご希望がありますか

- ◆ できれば、ご来院のきっかけをお教え下さい。
 (複数でも結構です)
 以前受診していた
 家(職場・学校)に近い
 家族、知人()が受診
 知人()からの紹介
 他医()からの紹介
 専門医だから
 当院ホームページ、
 その他のネット情報

- ◆ 湿布をについて
 かぶれやすい
 かぶれない
 種類による
 貼ったことがない
 その他 ()

- ◇ 女性の方にお尋ねします。
 妊娠中(妊娠の可能性ある)ですか？
 いいえ はい
 授乳中ですか？
 いいえ はい

記入された方

- ご本人
- その他 ()