

# ☆ 初 診 申 込 書 ☆

No. \_\_\_\_\_

初診日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな

氏 名：\_\_\_\_\_ 生年月日：西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

性 別 男・女

電 話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

住 所：〒\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 県・都 \_\_\_\_\_ 市・区・郡 \_\_\_\_\_

緊急連絡先：氏名 \_\_\_\_\_ 続柄：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

## ※ 当クリニック受診のきっかけは

- ・近所だから
- ・看板をみて
- ・インターネットで検索
- ・知人の紹介
- ・家族の紹介
- ・その他 ( )

## ※ 下記のご質問にお答えください

1. いちばん困っているところはどこですか？  
( )
2. どのような症状ですか？  
( )
3. いつ頃から、そのような症状がありますか？  
( )
4. 現在、治療中の病気または次の病気の診断をされたことがありますか？  
・緑内障 ( ある ・ ない )    ・前立腺肥大 ( ある ・ ない )  
・その他 ( )
5. 妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ )    授乳していますか？ ( はい ・ いいえ )
6. 現在、お薬の服用をしていますか？ 服用している方は、お薬の名前を記入して下さい。  
A 服用している (薬剤名 \_\_\_\_\_ )    B 服用していない
7. 過去に大きな病気、手術、入院をしたことがありますか？  
A ある (病名 \_\_\_\_\_ )    B なし
8. 過去にお薬で、副作用がでたことはありますか？ また薬にアレルギーがありますか？  
A ある (薬品名 \_\_\_\_\_ )    B なし
9. ジェネリック(後発医薬品)のご希望はありますか？    ( はい ・ いいえ ・ 相談したい )

ご記入ありがとうございました。恐れ入りますが受付にお持ちください。  
ご不明なところは、受付に声をかけて下さい。よろしくお願いいたします。