

☆ 初 診 申 込 書 ☆

No. _____

初診日：西暦20____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。よろしく願いいたします。