

よみがな 氏名						男 ・ 女				
生年月日	大	昭	平	令	年	月	日			
郵便番号				-						
住所										
電話番号	携帯 ☆必須		※お子様の場合は保護者様の携帯番号を記入して下さい				自宅			
※緊急連絡時（飲み薬中止の指示など）携帯につながらなかった場合、 自宅電話にかけてもよいですか？……よい ・ 困る										

★以下の質問にお答え下さい

◎次の病気にかかった経験があれば○をつけて下さい

肝炎（Ｂ型・Ｃ型） 心臓 血圧 糖尿 脳疾患 ぜんそく 各種がん アトピー 緑内障 精神に関する病気

◎血液をサラサラにする薬・血が止まりにくくなる薬を飲んでおられますか？

└───────────▶ はい いいえ わからない

◎薬の副作用 または 薬や注射のアレルギーの経験がありますか？

└───────────▶ はい いいえ わからない

どのような薬で どうなったのか、 書ける範囲でご記入下さい
()

◎風邪薬を飲むと眠くなりますか？ ───────────▶ はい いいえ わからない

◎今後しばらく通院が必要となれば、何日おきくらいに通えますか？○をつけて下さい

毎日でも 2～3日おき 1週間おき 2週間ごと 1か月ごと 当分来られない

◎女性の方に伺います

・現在妊娠しておられますか？ ─────────▶ はい いいえ わからない
「はい」の方：予定日をご記入下さい（ 年 月 日）

・授乳中ですか？ ─────────────────▶ はい いいえ
お子様の月齢（ オ ヶ月）

・婦人科の内服薬（ピルなど）を飲んでおられますか？ → はい いいえ

下記枠内をご希望の方は○をつけて下さい（これらをご希望の方は裏面の記入は不要です）

ピアス	レーザー 脱毛	しみ	ひきしめ 毛穴	たるみ	しわ	小顔・かみしめ	ボトックス わきのす	男性の薄毛	ＥＤ薬
その他 耳へそ									

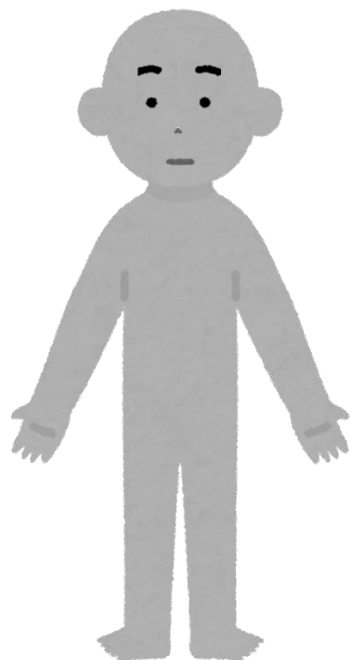
裏面もあります

◎ 都合の悪い場所・診察してもらいたい場所に ○を付けて下さい（複数○付け可）

前

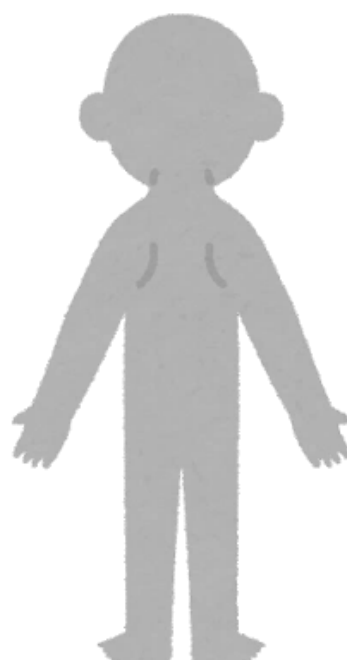
後ろ

右



左

左



右

◎ 症状を○で囲んで下さい（複数○付け可）

かゆい	痛い	赤い	ぶつぶつ	できもの	カサカサ	アトピー
ニキビ	肌荒れ	しみ	ほくろ	いぼ	水いぼ	やけど
水虫	爪の異常	魚の目	タコ	その他（		）

★ひ尿器科目的の患者様は大先生の診察日のみ受付しております。

※大先生診察日：火曜午前、水曜午前、金曜午後、土曜は午前午後

現在、ひ尿器科疾患でお引き受けできるのは
「膀胱炎」「男性の性病（尿道炎）」のみです。

その他のひ尿器科疾患は、申し訳ありませんが診察をお断りしております。
十分な検査ができないからです。ご了承 お願い致します。

◎ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？

今日 昨日 数日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

◎ 今回の症状に関して他の医者で診てもらった経験はありますか……なし あり

「あり」の方、もらっている薬の名前のわかる物があれば、出せるようにしておいて下さい