

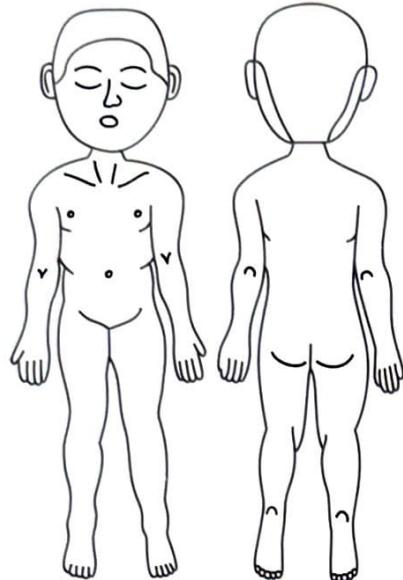
No.

白鳥皮フ科クリニック診察申込書

フリガナ		男 女	生年月日	大昭 平令	年	月	日	才
氏名								
住所	〒				電話()
					携帯()

1. いつからどんな症状がありますか?

職業()



a) いつから

①約 年 ②約 ヶ月

③約 週 ④約 日

b) 症状

かゆい・痛い・その他()

c) 部位

←左図に○をつけて下さい

2. 現在、病気中で他の医院にかかりていますか?

a) はい(病名)(医院名) b) いいえ

3. 今までにどんな病気にかかったことがありますか?

a) アトピー性皮膚炎 b) アレルギー性鼻炎 c) アレルギー結膜炎 d) 心臓病

e) 糖尿病 f) 高血圧 g) 胃潰瘍 h) 腎疾患 i) 肝疾患 J) 喘息

k) 輸血 l) 結核 m) 前立腺肥大症 n) 緑内障 o) 透析中 p) 導麻疹

q) なし r) その他()

4. 現在お薬をのんでいますか? a) はい b) いいえ

5. 薬のアレルギー又は、薬疹にかかったことがありますか? a) はい b) いいえ

6. 家族に病気の人ありますか?

a) アトピー性皮膚炎 b) じんま疹 c) 喘息 d) アレルギー性鼻炎 e) なし

7. 女性の方に a) 既婚 b) 未婚

①現在妊娠している(ヶ月) ②可能性あり ③可能性なし

④現在授乳中である(子供ヶ月)

8. 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。(医療情報取得加算の算定機関)正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。(はい・いいえ)

9. その他気のついたことがありましたらご記入下さい。