

診療申込書

正確な情報取得・活用のためにマイナ保険証利用にご協力お願いいたします

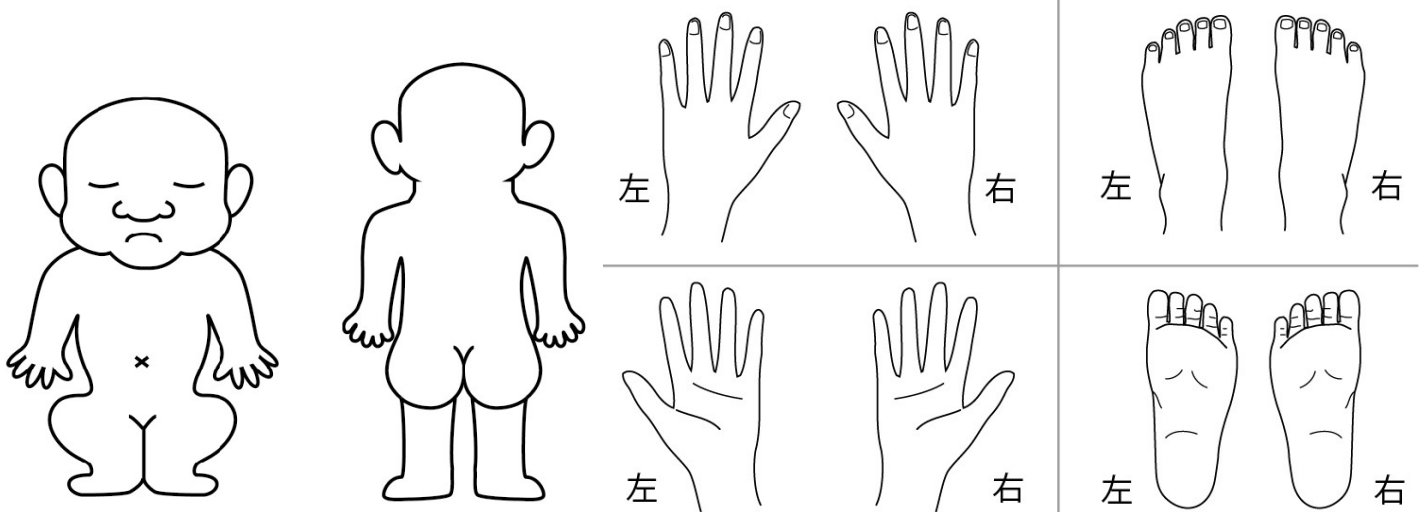
フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	男・女
お名前:							
現住所	〒 _____	都道府県	市区郡				
連絡先	携帯電話 ()-()-() ※当院からの連絡に用います						
	その他連絡先 ()-()-()						
これまで当院で診療を受けたことがありますか。	ある・ない	紹介者名					

1. 症状について

本日はどのような症状ですか？

その症状はいつごろからですか？

部位（下の図に○をつけてください。複数可）



2. 現在、治療中の病気はありますか？

病名:

病院名:

使用中の薬: 内用薬()

外用薬()

3. 家族の方にアレルギー疾患はありますか(○をつけてください。複数可)

①アトピー性皮膚炎 ②アレルギー性鼻炎(花粉症) ③喘息 ④その他()

4. 薬、食べ物などでアレルギーはありますか

薬	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	薬剤名	:	症状:
食べ物	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	食べ物名	:	症状:

5. ステロイドを使用する治療について(○をつけてください)

①絶対に使いたくない ②なるべく使いたくない ③必要に応じて使用するのは構わない ④わからない