

どうなさいましたか？

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別 男・女	明 大 昭 平
			年 月 日生
ご住所	〒		
ご自宅TEL			
会社名		会社 TEL	

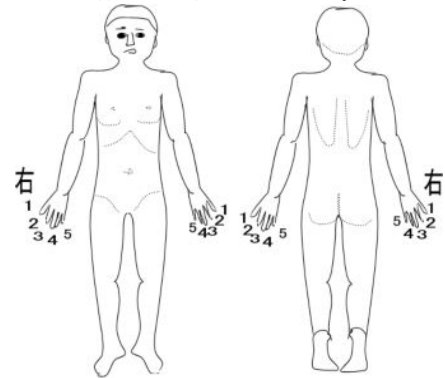
診療を円滑にするため、また、薬の重複、副作用を避けるために できるだけ具体的にご記入ください。

1. どのような症状がありますか？ (下記の図で 示してもかまいません)

2. いつごろから _____ (例 昨日から)

どこが _____ (例 おなか)

どのような症状 _____ (例 痛い)



3. 現在、他の病院、医院で 治療中の病気はありますか？

ない ・ ある (_____)

4. 現在、飲んでいる薬 (市販薬も) はありますか？

ない ・ ある (_____ の薬)

5. 今まで 薬や食べ物で かゆみ、発赤、発疹などの いわゆるアレルギー症状がでたことはありますか？

ない ・ ある (薬品名 _____)

6. 以下は女性の方のみ、お答え下さい。

(1) 現在、妊娠している、あるいは 妊娠している可能性がありますか？

ない ・ 妊娠している (妊娠__ヶ月) ・ 妊娠の可能性がある (最終月経開始日 月 日)

(2) 現在、授乳中ですか？

いいえ ・ はい

■ 彩の丘クリニック ■

TEL 0495-71-7166 高崎線 神保原駅歩3分

神保原 416-5 番地 トライアル神保原店の西、マツキヨ上里店の南

診療時間 午前 9 時—12 時、午後 3 時—6 時、土曜日 17 時まで、日曜日 12 時まで。

休診日 毎週 火曜 第 5 日曜 祝日と年末年始