初めて来院された方へ

御来院日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男女 | 明治・大正・昭和・平成年　　月　　日生まれ（　　歳） |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。尚、ご記入いただきました情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします

1. 症状はどれくらい前からありますか？

（　　　　　日・週間・ヶ月・年　前）

どのような症状でこられましたか？

部位：　[ ] 頭　[ ] 顔 [ ] 首　[ ] 身体（[ ] 胸　[ ] お腹　[ ] 背中）[ ] 腕　[ ] 手　[ ] 太もも [ ] 足

症状：　[ ] かゆい　[ ] 痛い　[ ] 赤い　[ ] カサカサしている　[ ] 膨らんでいる　[ ] 汁が出る　[ ] 水ぶくれ

 その他（場所 症状 ）

1. 症状が出てから、これまで治療はされましたか？

[ ] 治療していない

[ ] 皮膚科で治療した　[ ] 皮膚科以外の病院で治療した　[ ] 市販薬で治療した

使用した薬：飲み薬（　 ）、塗り薬（ ）。

* 治療の結果どうなりましたか？

 [ ] よくなった [ ] よくなったけど症状がまた出た　[ ] 変わらない [ ] 悪くなった。

1. 現在治療中の病気がありますか？

[ ] ない [ ] ある 病名：

お薬名：

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出しください。

1. 今までに薬・食べ物等でアレルギーが出たことがありますか？

[ ] ない [ ] ある（原因薬・食べ物： ）（そのときの症状 ）

1. 女性の方にお伺いします。授乳中あるいは妊娠中ですか？

[ ] 妊娠していない [ ] 授乳中　[ ] 妊娠の可能性がある（最終月経　月　日）　[ ] 妊娠中（　ヶ月）

1. 橋本クリニックを受診しようと思われたきっかけは何ですか？

当てはまるものに全て[x] をつけてください。

[ ] 知人の紹介 [ ] 受診されている家族の紹介 [ ] 他院の医師の紹介

[ ] ホームページ [ ] ブログ [ ] くれえばんの記事・広告

[ ] ゆめタウン内のポスター [ ] ゆめタウンのチラシ [ ] その他（ ）