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（ ）