

カルテ No.			
氏名	フリガナ		
		男性・女性	
		生年月日 19	年 月 日 才
ご住所	〒		
電話・携帯番号			

1 具合の悪い箇所はどこですか？

()

その症状はいつからですか？

()

その原因になるような心当たりはありますか？

はい () ・ いいえ

今回の症状ですでに治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

2 現在飲んでいるお薬はありますか？

はい (お薬名 :) ・ いいえ

3 いままで手術を受けたことがありますか？

はい () ・ いいえ

4 いままでにかかった病気はありますか？

はい (糖尿病・高血圧・ぜんそく・高脂血症・脳梗塞・リウマチ・緑内障・胃潰瘍・狭心症・心筋梗塞・肝疾患・腎疾患)

いいえ

5 アレルギーはありますか？

はい () ・ いいえ

6 女性の方へ：現在妊娠中か妊娠の可能性はありますか？

はい (カ月) ・ いいえ

7 当クリニックにお越しになったきっかけは何ですか？

屋外看板・広告・雑誌記事・ホームページ・紹介 (ご紹介者) さま)

8 当クリニックからのメールを希望されますか？

希望する (電子メールアドレス :) ・ 希望しない

9 他にご質問・ご相談はありますか？

()