


フリガナ お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
	ご職業: 性別: 男・女
フリガナ ご住所 〒 -	※部屋番号の記入をお願いします。
ご連絡先 携帯 - ( ) - 自宅 - ( ) -	クリニックからキャンペーンなどの情報を公式LINEにてお届けします。 ご希望の方はLINEアプリのメニュー「友だち追加」で「ID検索」を選択し「@026dkptv」と入力してお友達登録をお願い致します。 または、QRコードを読み取って下さい。 

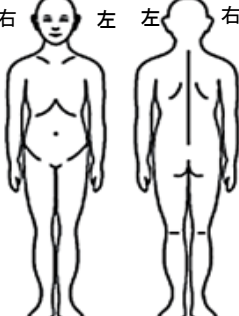
●どのようなお悩みですか？  
症状、またはご希望の治療があれば記入して下さい。

---

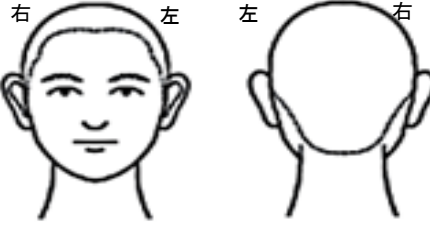
●※緑内障 あり・なし      ●女性の方へ      ・いいえ      ・希望している  
現在、妊娠されてますか？ ・はい ⇒ (妊娠 月)      ・授乳中

●お悩みの場所に、印を付けて下さい。


右 左 左 右




右 左 左 右



右 左



右 左



---

●いつごろからですか？      ・生まれつき      ・( )歳頃から      ・不明  
・( )日      ・( )週      ・( )ヶ月      ・( )年 前から

---

●お悩みに対して、  
何かされましたか？      ・いいえ  
・はい ⇒ 治療方法、薬剤名等 ( )

---

●今までにかかった大きな病気や  
手術はありますか？      ・いいえ  
・はい ⇒ 病名( ) 病院名( )

---

●現在、治療を受けている病気は  
ありますか？      ・いいえ  
・はい ⇒ 病名( ) 病院名( )

---

●現在、服用中の薬を記入して  
下さい。      薬名( )

---

●アレルギー症状はありますか？      ・いいえ      ・はい ⇒ 薬・食物・金属・動物(イヌ・ネコ)・花粉・他  
具体的に( )

---

●体調についてお尋ねします。  
右記の症状はありますか？      便秘・食欲不振・不眠・冷え症・乾燥肌・月経不順  
その他体調不良の症状( )

---

●麻酔の注射で何か問題が  
ありましたか？(歯医者含む)      ・いいえ  
・はい ⇒ 具体的に( )

---

●当院を最初に知ったきっかけを  
教えてください。      ・紹介(紹介者: ) (病院名: )  
・看板・インスタ・LINE・フェイスブック・ツイッター・ホームページ・院長ブログ・スタッフブログ

---

※写真撮影についてのご確認 (写真は診療録の一部です)      治療経過をご確認頂く為に、写真撮影を行っております。  
写真の取り扱いについては、最大限の注意をはらっておりますのでご安心下さい。

当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。ご協力ありがとうございました。