

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、キャンペーンのおハガキをお送りしてもよろしいですか？(年に1・2回程) はい いいえ

●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 現在、妊娠されていますか？	・いいえ ・希望している ・はい ⇒ (妊娠 ヶ月) 授乳中
-------------	-------------------------	--------------------------------------

●お悩みの場所に、印を付けて下さい。

●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()
----------------------------	-----------------------

●自費治療について	・希望しない ・希望する ・自費治療を希望する際の予算 (円)
-----------	----------------------------------------

●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。