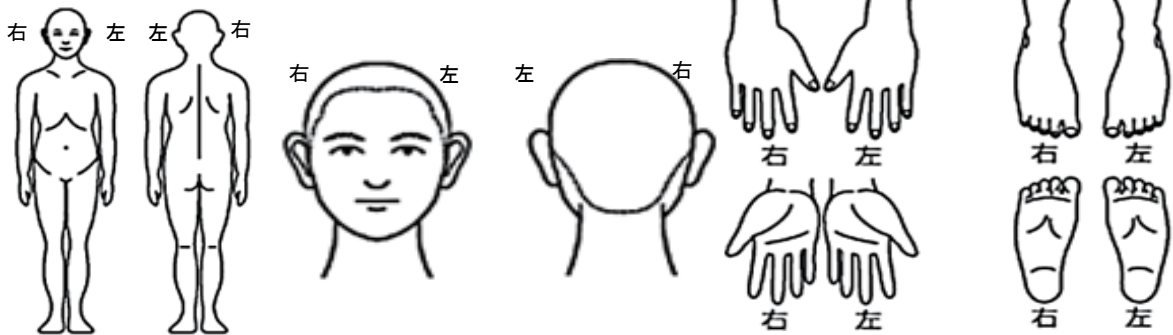


フリガナ お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
	ご職業: 性別: 男・女
フリガナ ご住所 〒 -	※部屋番号の記入をお願いします。
ご連絡先 携帯 - ( ) - 自宅 - ( ) -	クリニックからの情報は下記LINEより、ご確認ください。  または、@026dkptvで検索してください。

●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。

●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( )
●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
●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。	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