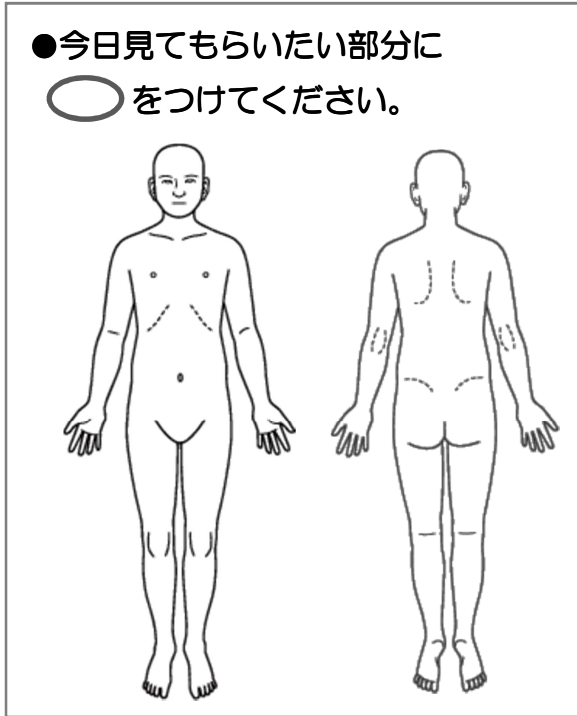


ふりがな

氏名： _____ 年齢： 歳 男・女 _____ 身長： _____ cm, 体重： _____ kg

◎ 漢方薬（エキス顆粒）による治療を希望されますか？ ご職業： _____

- はい どちらでもよい いいえ



1. 皮膚の症状について

- いつからですか？ _____
- どこに症状がありますか？

- どんな状態ですか？
 - 痛み かゆみ できもの 湿疹
 - その他（ _____ ）
- ここに来る前に、何か治療しましたか？
 - はい（市販薬・他の病院） いいえ
 - ・使った薬の名前を教えてください。

2. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

- いいえ はい（高血圧・糖尿病・心臓病・胃潰瘍・緑内障・その他 _____）

3. 今、毎日飲んでいる薬はありますか？（事前にお薬手帳を提出された方は記入不要です）

- いいえ はい（くすりの名前： _____）

4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

- いいえ はい（くすりの名前： _____）

5. 手術や抜歯などの麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

- いいえ はい

6. 女性の方へ 現在妊娠または授乳をしていますか？

- いいえ はい（妊娠 _____ カ月・授乳中）

・最終月経はいつですか？（現在・ _____ 月 日から _____ 日間・ _____ 才で閉経）

7. ご来院のきっかけを教えてください。

- ご家族・ご親族のご紹介 ⇒ お名前（ _____ ） 友人・知人 ⇒ お名前（ _____ ）
- 病院・診療所のご紹介 ⇒ 病院・診療所名（ _____ ）
- 当院ホームページ 病院検索サイト ⇒ 検索サイト名（ _____ ）
- 看板（JR東北福祉大前） 看板（八幡町土橋通り） タウンページ
- クリニックの前を通過 近所だから その他（ _____ ）