



ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生 (歳)
お名前			電話	-	-	
体温 ●	度	体重 (小児のみ) ●	Kg	携帯	-	-
住所	〒 -					

どちらの科への受診をご希望ですか？ **耳鼻咽喉科 / 皮膚科**

以前に「京王八王子皮ふ科」に通われたことはございますか？ ●はい / いいえ

(1) 下記についてお答え下さい。

○身体のどこに症状がありますか？ (右図にて身体の悪い部分に○を付けて下さい。)

○どのように悪いのですか？

発熱/なし・あり ⇒ 1ヶ月以内の海外渡航歴 (なし / ●**アフリカ地域** / その他) (○を付けて下さい。)

痛い・しびれる・かゆい・腫れている・冷える・赤い

その他 ()

通勤中・仕事中に起きたヤケド・怪我・事故ですか？ ●はい / いいえ

○いつからですか？ (日から) (日位前から)

○その症状について治療を受けた事がありますか？

ない・ある ⇒ ()

(2) 今までに大きな病気をしたことはありますか？

ない・ある ⇒ ある場合は下記の該当に○を付けて下さい。

花粉症/アレルギー性鼻炎 (使った事のある薬:)

脳疾患・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓疾患

肺疾患・糖尿病・高血圧・高脂血症・緑内障

はしか・水痘・蕁麻疹・風疹・突発性発疹・熱性けいれん

その他 ()

(3) 現在、他の病気で通院していますか？ していない・している ⇒ ()

(4) 現在、飲んでいる薬はありますか？ ない・●ある ⇒ ()

(5) 下記についてお答え下さい。 **※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。**

○薬や食べ物で発疹等アレルギーが出た事がありますか？ ない・●ある ⇒ ()

○はり薬、塗り薬、化粧品、毛染め等がかぶれたことはありますか？

ない・●ある ⇒ ()

(6) 今まで局所麻酔をした事がありますか？ (抜歯など) ない・ある

(7) タバコ: () 本/日・吸わない

お酒: 毎日飲む・週に () 回飲む・飲まない

(8) 女性の方はお答え下さい 現在妊娠中ですか？ いいえ・●はい (ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ・●はい (授乳のお子様の年齢 歳 ヶ月)

(9) 当院を何でお知りになりましたか？

○紹介 家族知人・医師会・薬局・他院・その他 ()

○新聞雑誌・チラシ・タウンページ・インターネット・電柱広告・看板を見て・バス広告

○その他 ()

(10) 小児 (15歳以下) の方へ お薬のご希望があれば丸を付けて下さい。 ⇒ ● **粉・シロップ・錠剤**

(11) 医療費明細書の発行を 希望する・希望しない

