

フリガナ

お名前： [] 性別：[男 / 女]

生年月日： [年 月 日]

電話番号 (携帯電話可)： []

① 本日診察をご希望の内容は？ (複数回答可)

1. 動悸 (不整脈)、息切れ・胸苦しさ、胸の痛み (違和感)
2. 高血圧、脂質異常症 (コレステロール・中性脂肪)、糖尿病、高尿酸血症 (痛風)
3. 健診等で検査(値)の異常を指摘された
4. 禁煙治療
5. かぜ症状 (発熱、のどの痛み、咳、痰、鼻水など)
6. 腹痛、嘔吐、下痢
7. アレルギー (花粉症、気管支喘息、じんま疹など)
8. メンタル・認知症等の相談
9. ED (勃起不全)
10. AGA (男性型脱毛)
11. その他 ()

② いつ頃から、どんな症状 (異常) がありますか？

[]

③ 最近 医療機関で診察・投薬をお受けの方はご記入下さい

医療機関名・病名など： []

薬品名： []

できればお薬手帳など処方内容のわかるものを持参ください。

④ 薬剤・食品等にアレルギーのある方はご記入下さい

薬品(食品)名など： []

症状： []

⑤ 当院を何でお知りになりましたか？

- ・インターネット
- ・看板または広告
- ・医師の紹介 (医院 / 病院 / 歯科)
- ・知人の紹介
- ・以前受診したことがある
- ・その他 ()