

ご記入日 年 月 日

この用紙は、診察を円滑、適切に行うため、ご記入いただけます。
記載されました情報は、診察以外の目的で使用することはありません。また貴方の同意なく第三者に提供することはありません。
クリニック内掲示の当クリニックの「個人情報保護方針」「個人情報の取り扱いについて」「クリニックにおける個人情報の利用目的」を、
ご確認いただきご同意いただける場合は、以下にご署名下さい。
ご記入いただけない場合は、円滑な診療が行うことが難しくなる場合がございます。

貴クリニックの個人情報の取り扱いに（同意・不同意・一部同意）します。 ご署名

フリガナ	
氏名	様 (男・女)
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日 () 歳
ご連絡先 〒 -	
電話番号 ()	携帯電話 ()

1. どの部位にどのような症状がありますか？

2. その症状はいつ頃から出ましたか？

3. 現在、何か治療のための薬を飲まれていますか？

4. 今まで入院を必要とする病気をしたり、手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)

病名	歳ごろ	病名	歳ごろ
----	-----	----	-----

5. 今までに薬を飲んだり、注射の後で気分が悪くなったり、発疹が出たことはありますか。(はい・いいえ)

6. 診察の結果お薬の処方が必要になった場合、ジェネリック医薬品での処方を希望されますか？
 希望します。 希望しません。

*ジェネリック医薬品とは、新薬と同じ薬事法の規制や安全性の基準に従って作られた新薬と同様の効能を有する新薬としての特許期間が経過した医薬品です。

7. 女性の方に伺います。

妊娠されていますか？ はい(ヶ月)・可能性あり・いいえ
現在授乳中ですか？ はい・いいえ

8. 当院を何でお知りになりましたか？
看板を見て ・ 広告 ・ ご家族 ・ 知人の紹介 ・ 薬局のご紹介 ・ タウンページ
その他()

*ご記入が終わられましたら、受付にお持ち下さい。
*診察は順番にお呼びしますので、おかけになってお待ち下さい。急患の方を優先させていただく場合がございます。
あらかじめご了承願います。
*特に体調が悪くなられた場合は、ご遠慮なくお申し出下さい。