

診療申込・問診票

初診

再診 再診の方は希望処方のみにご記入頂き、診察券を忘れずにお持ちください。

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日

性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 市・区 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メールアドレス

(PC) \_\_\_\_\_ (モバイル) \_\_\_\_\_

今後当院からキャンペーンなどのお得な情報をご案内してもよろしいですか

希望する 希望しない

当院を何でお知りになりましたか インターネット・看板・ご紹介・その他 ( )

下記の該当するところに をつけてください

今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？ (はい・いいえ)

近親者(血のつながった方)に次の病気がありますか？ (はい・いいえ)

癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、  
腎臓病、結核、その他

高血圧(最大血圧が170mmHg以上または最小血圧が100mmHg以上)

もしくは低血圧(最大血圧が90mmHg以下)ですか？ (はい・いいえ)

食物や薬品のアレルギーはありますか？ ( ない・ある )

(食品、薬品名 \_\_\_\_\_ )

下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

便通： 快便 下痢 便秘 ( \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回)

たばこ： 吸わない・吸う (1日に \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)

酒： 飲まない・飲む (種類： \_\_\_\_\_ )

(量：1回 \_\_\_\_\_ 杯、 毎日 \_\_\_\_\_ 週に1~3回 月に1~3回)

ご希望の処方内容

プロペシア \_\_\_\_\_錠

ミノキシジル \_\_\_\_\_錠

ロゲイン(5%・男性のみ) \_\_\_\_\_本

ロゲイン(2%・女性のみ) \_\_\_\_\_本

ご記入ありがとうございました