

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

- フィナステリド _____ 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