

(平成30年度)

# 診療録

ID	
----	--

受 診 者	かな			
	氏名	様		
	生年月日	大・昭・平	年 月 日生( 才)	男・女
	住所	〒 - 海外在住		
	電話	- -	携帯	- -
	勤務先 名称	電話 - -		
	日本語	会話 [ 可・一部可・不可 ] 読解 [ 可・不可 ]		

**太線枠内と裏面の、希望の診察、症状等にお答え下さい。**

--

診療希望の内容を で囲んで下さい

- [ 内科 皮膚科 カゼ 花粉症 プラセンタ 美白注射 ピル処方 サロン プラザ ]  
 [ その他 ( ) ]
- ・プラセンタ希望に をつけた方 [ 経験あり ・ なし ]
- プラセンタの目的は [ 美容 疲労 更年期 肝臓 ダイエット ]  
 [ その他 ( ) ]
- ・トラストサロンに をつけた方 [ 予約あり ・ なし ]
  - ・トラストプラザに をつけた方 [ 予約あり ・ なし ]

来院理由・症状等を出来るだけ具体的にお書き下さい

胃は弱いですか [ いいえ ・ はい ]

薬や注射のアレルギーはありますか [ いいえ ・ はい ( ) ]

採血、注射、点滴で気分が悪くなったことがありますか [ いいえ ・ はい ]

以下の病気で治療中、または治療を受けたことがあれば を付けて下さい

- 肝 臓 [ B型肝炎 C型肝炎 脂肪肝 肝硬変 ]
- 循環器 [ 高血圧 狭心症 不整脈 心筋梗塞 ]
- 消化器 [ 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 逆流性食道炎 膵炎 ]
- 代 謝 [ 甲状腺機能亢進症 甲状腺機能低下症 糖尿病 高脂血症 ]
- 他 [ 気管支喘息 脳腫瘍 脳梗塞 下肢静脈瘤 乾癬 アトピー ]  
 [ 花粉症 ヘルペス 感染症(H I Vなど) 掌蹠膿疱症 ]

以下の質問にお答え下さい

- ピルの服用 [ 無 ・ 有 ]
- 現在、妊娠の有無 [ 無 ・ 有 妊娠( ヶ月) ]
- 現在、他院に通院中 [ 無 ・ 有 病院名( ) ]
- 現在、服用中の薬 [ 無 ・ 有 薬剤名( ) ]

当院をお知りになったのは、どの方法ですか

- [ 1. インターネット 2. ビルの看板 3. 紹介者氏名( ) ]  
 [ 4. 書籍( ) 5. その他( ) ]

ご記入が終わりましたら、受付までお持ち下さい