当院 FAX03-3542-3883　まで FAX して下さい

FAX する物　①保険証（医療券・負担割合証）　②初診問診表

②初診問診表

ＮＯ．

フリガナ

名前　（男　・　女）　生年月日 Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　年　月　日

住所　〒

携帯電話番号（必須）　自宅電話番号

緊急連絡先番号　（続柄）

勤務先（会社名）

身長　cm　体重　.　kg

タバコ :吸わない　・　吸っている（　本／日）

● 症状について　いつから　（　）
　きっかけは　（　）
　どのような症状（　）

● 薬に対する副作用・アレルギーはありますか　（　はい　・　いいえ　）
　副作用・アレルギーがある薬の名前（　）
　どのような症状が起きますか　（　）

● 現在、内服中の薬はありますか　（　はい　・　いいえ　）
　薬の名前（　）
　処方されている病院名・担当科・医師名（　／　科／　先生）

● 今まで、採血・注射・麻酔でショックを起こしたことがありますか　（　はい　・　いいえ　）
　どのような症状が起きましたか(採血／注射／麻酔　で　）

● 以下の病気にかかったことがありますか？またはかかっていますか？
　喘息・小児喘息／　緑内障　／　糖尿病　／　高血圧　／　肝炎　／その他（　）

● 妊娠中・授乳中の方　→　**妊娠 (　週)・授乳中 (お子様の年齢　歳　ヶ月)**

● 治療についてのご希望、ご質問　【　手術　・　レーザー　・　何でも　】
（　）

● 希望薬局名　※店舗名までご記入ください
　薬局名（　）　薬局 TEL（　）

※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※ 必ずお読み下さい ※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※

（1）お支払い口座のお知らせ方法：（　FAX　・　ショートメール　）FAX 番号：
（2）お支払いは受診日当日を含め 3 日以内にお願い致します。
（3）振込手数料は患者様負担にて宜しくお願い致します。
（4）処方箋を発行した場合、薬局への処方箋郵送料 **100 円**が診察料とは別にかかります。

上記内容を確認しご了承・ご同意いただけましたらご署名下さい。　ご署名

㊟記入漏れがあった場合は診察が受けられない事もございます