

初めて診療をお受けになる方に

当院では初診時の診察をスムーズに行うために、診察前に以下の事項へご記入いただいております。

お手数ですが、ご協力をお願いいたします。

記入日 年 月 日

| | | | |
|--------|---|--------|--|
| ふりがな | | | |
| お名前 | (1.男・2.女) | | |
| ご住所 | 〒 ー 東京都 ー 県 | | |
| 生年月日 | 1.大正 ・ 2.昭和 ・ 3.平成 年 月 日 (歳) 既婚/未婚 | | |
| 自宅 TEL | | 携帯 TEL | |
| ご職業 | 1.会社員 ・ 2.自営業 (勤務先所在地: 東京都 ー 県 ー 区・市・郡) (勤務先最寄駅: ー 駅) 3.主婦 ・ 4.学生 ・ 5.フリーター ・ 6.その他 () | | |

・現在お悩みの症状、または本日のご相談の内容は何ですか？

・症状はいつ頃から始まりましたか？ 年 月頃から (または 歳頃から)

・この病気 (症状) で治療を受けたことがありますか？ なし・あり→ ()

・今までにかかったことのある病気、あるいは現在かかっている病気はありますか？

なし・あり→ ()

常用薬 あり→ ()

・ご家族に重い病気や遺伝する疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？ いいえ・はい→ (病名:)

・たばこ (日に 本程度) 酒 (日に 程度)

・薬や食品などのアレルギーが出たことがありますか？ なし・あり→ (薬剤名・食品名:)

・現在どちらのメーカーのお化粧品をご使用ですか？→ ()

・現在飲んでいるサプリメントはございますか？ いいえ・はい→ (サプリ名:)

・女性の方のみお書きください。 初潮年齢 歳 (生理の周期 約 日→ 規則・不規則) 閉経年齢 歳

現在、妊娠されていますか？ いいえ・はい (ヶ月) 通院中に妊娠した場合には、必ず医師に申し出てください

・お名前の匿名化を希望します。 いいえ・はい→ (お名前ではなく、番号札にて呼びいたします)

・保険証をコピーしてもよろしいですか？保険請求の確認作業に使用いたします。 いいえ・はい

・このクリニックを何でお知りになりましたか？□にチェックをしてください。

1.□知人等からの紹介 (様) 2.□ホームページ 3.□店舗の外観・看板を見て 4.□ダイレクトメール

5.□雑誌 (雑誌名:) 6.□その他 ()

・当院の診療・キャンペーンの他、健康や美容に関する情報をお送り致します。 いいえ・はい→ (PC メール・携帯メール・郵送)

PC メールアドレス (@)

携帯メールアドレス (@docomo.ne.jp ezweb.ne.jp softbank.ne.jp .pdx.ne.jp)

上記住所以外でお送りしてもよい住所があればご記入ください。

〒 ー

東京都 ー 県

<当院の個人情報への取り組み> 当院では、お客様・患者様の個人情報(お名前・ご住所・電話番号など)を記載させていただくカルテ類の取扱いにつきまして、事前にお客様・患者様へその利用目的をお伝えし同意を得るなど、個人情報保護法を遵守した手続きを通して、慎重かつ適正な取り扱いをしておくことをお約束致します。ご予約・キャンペーン、新商品の発売・限定品など情報のご案内、ダイレクトメール、電話、FAX、E-mail などによるご案内などの、情報やサービス等をご提供するために個人情報を利用させていただきます。その目的以外にお客様の個人情報を一切利用いたしません。