予 診 票

ふりがな　　（記入日　　年　　月　　日）
氏　　名：　　電話番号：

住　　所：　　携帯番号：

性　　別：□男 □女　　生年月日：□明治 □大正 □昭和 □平成　　年　　月　　日生（　　歳　　ヶ月）

■皮フ科　□発疹　□かゆみ　□痛み　□やけど　□うおのめ □しみ
□虫さされ □皮がむける□しもやけ □ にきび□脱毛
□イボ　□水イボ　□水虫　□かさかさ □しこり

部位　：　□頭 □顔 □額 □首 □口 □耳 □手 □足 □腕 □ひざ □ひじ
□指 □胸部 □背部 □腰部 □おしり □太もも □わき □陰部
□また □体 □目のまわり □全身 □肩 □肛門 □つめ

■アレルギー科 □じんましん □アトピー皮膚炎 □花粉症

■泌尿器科　□排尿痛　□尿が出ない □尿が出にくい
□インポテンツ □うみが出る □血尿　□残尿感
□性病　□頻尿　□尿もれ □結石

前立腺癌 PSA検査：□受けた　□受けない　（ある方は○をして下さい）
※50歳以上の男性は年1回検査が必要です。

■その他　□頭痛　□咽頭痛　□鼻水　□せき　□関節痛 □打撲
□擦り傷　□捻挫　□痔（ぢ）　□いぼ痔　□きれ痔 □切り傷
□ピアス

●現在、治療中の病名：

●現在、使用中の薬：

●既住症　（過去に患った病気）
病名　（　　）
手術名　（　　）

●薬の副作用：□有　□無
薬品名（　　）

●□B型肝炎　□C型肝炎

○山本医院は何でお知りになりましたか？
□前より知っていた □電柱広告 □電話帳 □駅の広告
□知人の紹介（□病院名を教えてもらった □場所を教えてもらった）□病院の紹介
□インターネット（□パソコン □携帯 □スマートフォン）
※インターネットを選択した方に質問です。山本医院をどのようにして知りましたか？
（□病院名で検索 □症状で検索 □場所で検索 □その他（　　）

◇アレルギー科・皮フ科・泌尿器科　山本医院　◇