

# < 診察申込書 >

Registration Form

令和 年 月 日

ふりがな

名前

Name

職業

occupation

生年月日

The date of your birth

year

month

day

年

月

日

Zip code

住所 〒 (      -      )

Address

電話番号 Phone Number

自宅 Home (      )

携 帯 Mobile (      )

## 問診票 Interview sheet

●現在問題のある部位を、右図中に○で囲んでください。

Please circle your affected area in the figure.



●また、どんな症状ですか？ いつからですか？

What is your skin problem? From when?

●その症状に対して何か治療をしましたか？

Have you had any care for your skin problem?

●現在治療中の病気はありますか？

Do you have illness or injury which is treated at present?

はい Yes / いいえ No

病名

●現在内服中の薬はありますか？

Do you have medicine which you take at present?

はい Yes / いいえ No

薬名

●病気やけが・アレルギーなどの既往はありますか？

Do you have any previous illness, injury or allergy?

はい Yes / いいえ No

●体に合わない薬はありますか？

Do you have medicine which you cannot take by its side effects?

はい Yes / いいえ No

薬名と症状

●妊娠中あるいはその可能性がありますか？ Is there a possibility of pregnancy?

はい Yes / いいえ No

●ジェネリック薬品（後発医薬品）を希望しますか？

Would you like generic medicine?

はい Yes / いいえ No / どちらでもいい Either

