

1. 現在他の医療機関で処方されている薬はありますか？

□いいえ □はい（薬剤名： ）

※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。お薬手帳を受付までお出しください

1. 飲めない薬、合わない薬はありますか？

□いいえ □はい 薬剤名：

理 由：

1. アレルギーや特異体質はありますか？

□いいえ □はい（ 花粉 ・動物・食物・ラテックス・その他： ）

※はいの方は詳しい内容を教えて下さい（ ）

1. 女性の方のみ：妊娠中ですか？

□いいえ □はい（何週ですか？ ） □授乳中 □わからない

□数ヶ月以内に妊娠希望

1. 当院は自費診療（保険外診療）もございます。必要な場合は希望されますか？

□希望する □金額によっては希望する □希望しないご予算の目安はおいくらですか？ ※希望しない方は記入不要です

【月額】 □ 10,000 円 □ 30,000 円 □ 50,000 円 □ 50,000 円以上

【総額】 □ 30,000 円 □ 50,000 円 □ 100,000 円 □ 200,000 円

□ 200,000 円以上

1. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

□知人からの紹介 （ご紹介者名： ）

□他院からの紹介 （ご紹介医院名： ）

□バスアナウンス □看板を見て □チラシを見て

□ホームページを見て □Face book を見て □EＰＡＲＫ（イーパーク）を見て

□ｉタウンページを見て □タウンページを見て

□その他インターネットを見て □近所なので

□その他 （ ）

1. シャンプー、コンディショナーは何をご使用されてますか？ ※頭の症状の方のみ

（ ）

**ご記入ありがとうございました**