

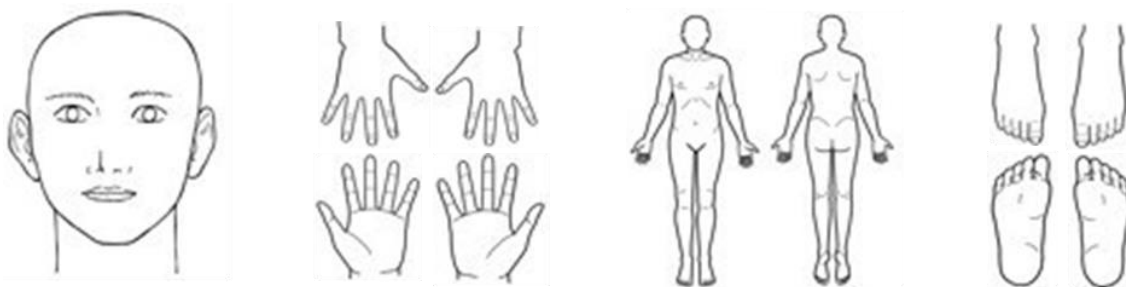
中村クリニック 褥瘡外来お申し込み書 ↑FAX 送信方向(06-6455-8756)

お申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日(平成・昭和・大正)	年齢	性別
お名前		年 月 日	才	男・女
ご住所	〒			電話番号
身長	cm	体重	kg	
ご紹介元	ご紹介元電話番号			

1. ご相談いただいた症状についてお聞きします。

①部位(○をつけてください)



②症状: かゆい・痛い・周囲が赤い・熱感・出血・黄色い・黒い・その他( )

③いつからありますか? または気づいたのはいつ頃ですか? ( )

④上記の症状に関して、治療を受けておりましたか?

いいえ はい(治療詳細: )

2. 抗凝固薬・抗血小板薬(血液をサラサラにするお薬)を服用されていますか?

いいえ はい(薬名: )

3. 現在治療中の病気はありますか?

いいえ はい 病名( )

4. 以下に該当する項目に印をつけてください

高血圧症 糖尿病 がん 肝機能障害 腎機能障害 心不全 脳血管疾患 心筋梗塞  
むくみ 食欲低下 体重減少傾向 活動性低下傾向 直近1か月以内の入院

5. 直近の採血データがあればご記入ください。

アルブミン( g/dL) 総リンパ球数( / $\mu$ g)

総コレステロール( mg/dL) 亜鉛(  $\mu$ g/dL)

6. 今までお薬や食べ物、局所麻酔でアレルギー症状が出たことがありますか? 症状に○をつけてください。

いいえ はい→症状:意識消失・呼吸苦・皮膚にぶつぶつが出た  
薬品、食物名詳細( )

7. 診察希望場所 外来 往診

8. 診察(30-60分程度)にご都合がよい日程に○をつけてください

月・火・水・金 午前/午後 または 日付指定の場合( )

9. 往診希望の場合 車を停めても良い場所を教えてください。

情報提供をありがとうございました。こちらからご紹介元様へ連絡を差し上げるまで少々お待ちください。