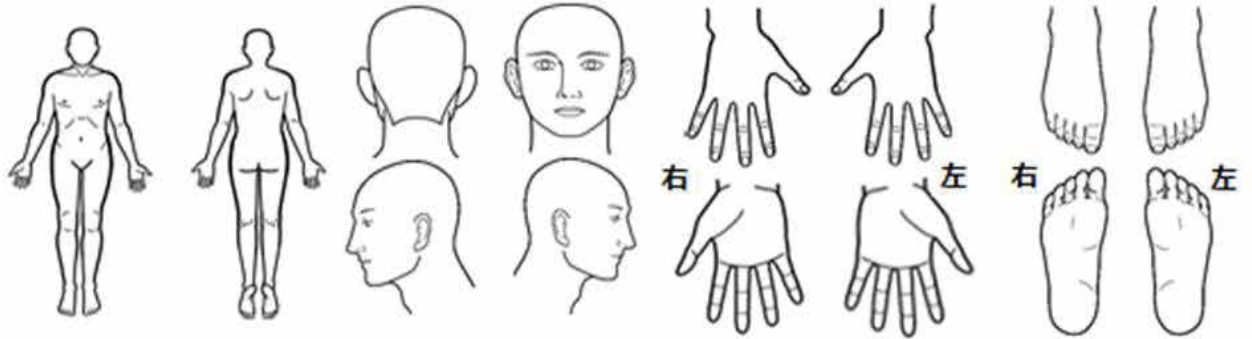


フリガナ		生年月日 (T・S・H・R)	年 齡	性 別
お名前		年 月 日	歳	男 ・ 女
ご住所	〒			
電話番号		携帯電話番号		

1 いつから、どんな症状がありますか？ (年、 月、 週、 日)前から
 症状： 赤いぶつぶつ かさかさ 水ぶくれ かさぶた ひびわれ できもの じゅくじゅく
 いたみ かゆみ にきび いぼ ほくろ やけど しみ 脱毛 その他 ()
 部位： 下図に印をつけてください



上記の症状について治療を受けたことがありますか？
 ・別の病院で治療を受けた 使用した薬の名前 ()
 ・市販の薬を使った わかれば薬の名前 ()
 ・治療したことはない

2 現在、他に治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
 緑内障 糖尿病 前立腺肥大 (男性のみ)
 上記以外 病名 () 病院名 ()

3 現在、飲まれているお薬はありますか？ はい (お薬手帳があればお持ちください) ・ いいえ
 薬の名前 ()

4 今までに薬や注射などで異常があったことはありますか？ はい ・ いいえ
 薬や注射の名前 ()

5 アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
 花粉症 ぜんそく 鼻炎 アトピー性皮膚炎 食物 その他 ()

6 女性の方にお伺いします 現在 妊娠中 (はい・いいえ) 授乳中 (はい・いいえ) ですか？
 妊娠中で「はい」の方 () 週目 妊娠の可能性あり

7 中学生以下の方にお伺いします 体重 kg

8 当院にご来院になったきっかけは？
 家族の紹介 知人の紹介 (様) 病院・クリニックからの紹介 ()
 ホームページ 看板 広告 通りがかり その他 ()