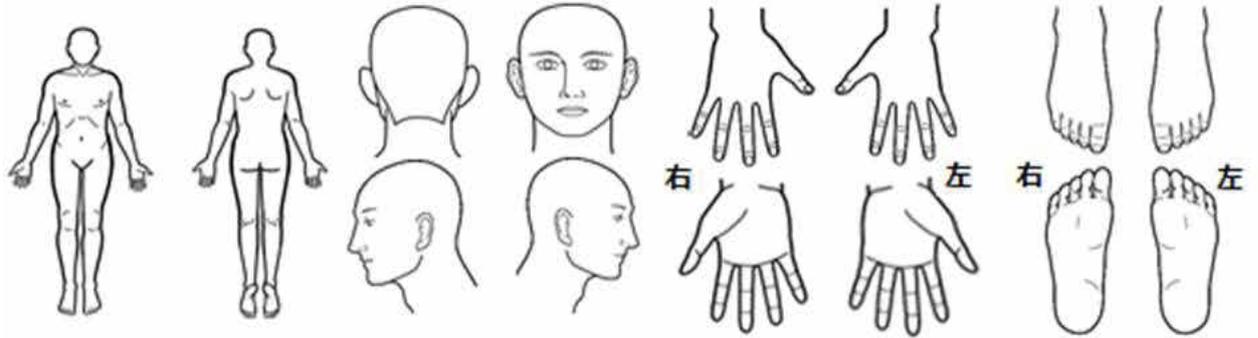


フリガナ		生年月日 (T・S・H・R)	年 齡	性 別
お名前		年 月 日	歳	男 ・ 女
ご住所	〒			
電話番号		携帯電話番号		

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 ( )