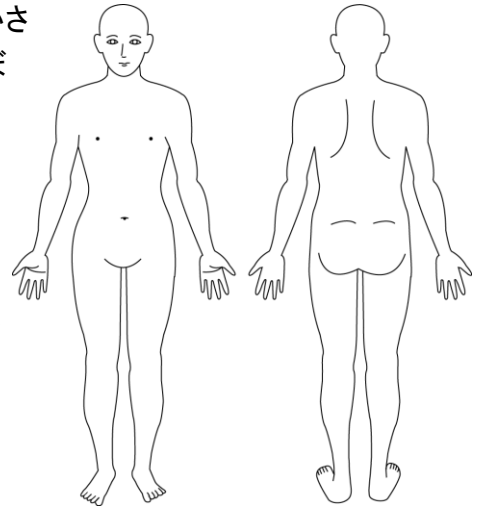


ふりがな				生年月日	年	月	日
お名前	(男・女)			年齢	歳	ヶ月	
住所	〒						
携帯電話番号				電話番号			
身長	cm	体重	※患者様が小児の場合のみ記入 kg		体温	℃	

1.今、どのような症状でお困りですか？また、身体の中のどの部分ですか？(下図に○をつけてください)

かゆい・痛い・しこりがある・腫れ・ぶつぶつ・かさかさ  
 赤み・アトピー・じんましん・水虫・タコ/魚の目・いぼ  
 ほくろ・にきび・やけど・巻き爪・しみ・うす毛・AGA  
 その他〔 〕



2.いつから症状がありますか？

\_\_日前      \_\_週間前      \_\_ヶ月前      \_\_年前

3.この症状で現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？

( はい・いいえ )

「はい」の方・・・医療機関名( )

これまでに使用した薬をできる範囲内でご記入ください

( )

4.これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？( はい・いいえ )

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝障害・腎臓病・甲状腺

膠原病(こうげんびょう)・喘息・前立腺肥大・緑内障・がん/腫瘍・脳梗塞/脳卒中

心療内科疾患(うつ・不安神経症など)      その他( )

5.現在、お薬を飲んでいますか？( はい・いいえ ) ※おくすり手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

医療機関で処方された薬       市販のお薬

お薬名( )

6.今までお薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？( はい・いいえ )

薬・食べ物の名前( )      その他( )

7.女性の方へ

(1)現在妊娠されていますか？また、その可能性はありますか？

現在妊娠している( 週)・可能性あり・可能性なし

(2)現在授乳中ですか？( はい・いいえ )

8.当院をどちらで知りましたか？

通りがかり       ホームページ       知人・家族からのご紹介

他の病院からのご紹介      病院名( )

その他( )