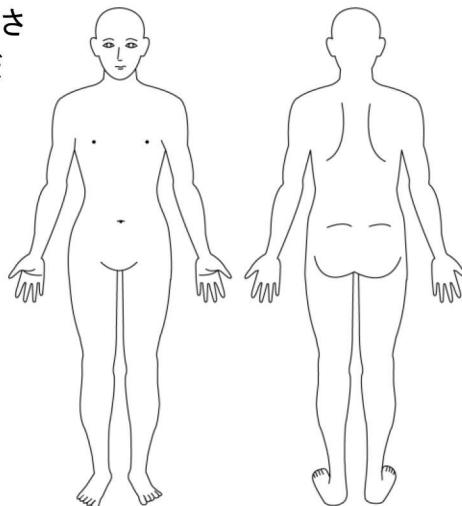


ふりがな				生年月日	年	月	日
お名前	(男・女)			年齢	歳	ヶ月	
住所	〒						
携帯電話番号				電話番号			
身長	cm	体重	※患者様が小児の場合のみ記入		kg	体温	°C

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()