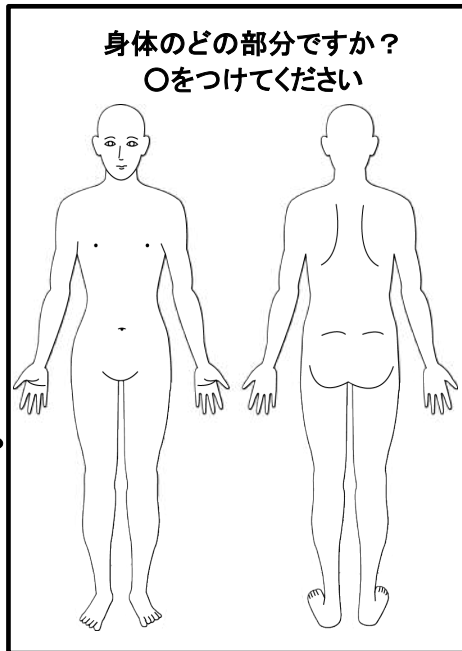


ふりがな				生年月日	年	月	日
お名前	(男・女)			年齢	歳	ヶ月	
住所	〒						
携帯電話番号				電話番号			
体重	※患者様が小児の場合のみ記入 kg		体温	°C			



1. 今、どのような症状でお困りですか？

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・アトピー性皮膚炎  
花粉症・喘息・前立腺肥大・緑内障・がん/腫瘍・脳梗塞/脳卒中・膠原病  
心療内科疾患(うつ・不安神経症など)・婦人科系疾患・その他( )

5. 現在、お薬を飲んでいますか？( はい・いいえ )

「はい」の方・・・お薬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・食べ物・花粉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 )

薬の名前( ) 食べ物・花粉・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( )