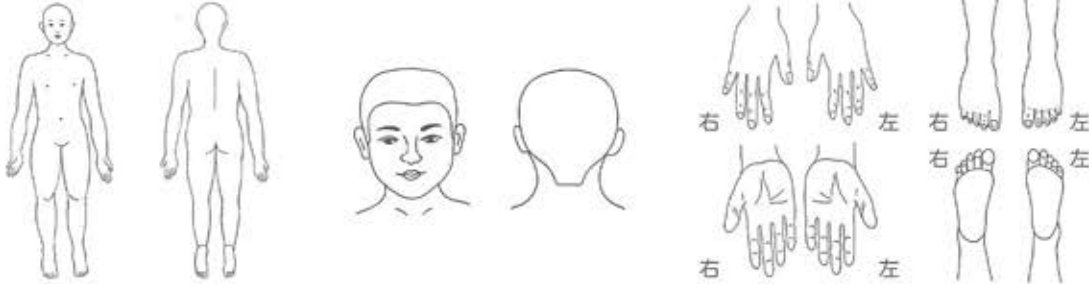


ふりがな			
氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

1.症状が出たのはいつからですか？ () くらい前から

2.部位はどこですか？(絵に印をつけて下さい。)



3.どのような症状ですか？(○をつけて下さい。)

かゆい 痛い かさかさ 赤くなっている 水虫 いぼ ほくろ できもの
二キビ キズ 虫刺され 脱毛 その他 ()

4.現在治療中の病気はありますか？

なし あり ()

5.今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか？

(○をつけて下さい。)

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病
高血圧 胃潰瘍 肝疾患 腎疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 甲状腺疾患
ケイレン 熱性けいれん 手術 ()
その他 ()

6.現在、服用中のお薬はありますか？※お薬手帳があれば受付でご提出下さい

なし あり ()

7.今までに食べ物・お薬などでアレルギーを起こされたことはありますか？

なし あり→具体的に教えて下さい。 ()

8.女性の方のみ

現在、妊娠されていますか？ または可能性がありますか？

いいえ はい (力月・予定日 月 日) 可能性あり・授乳中・妊活中

9.小学生以下の患者様は体重を教えてください。() kg