

ふりがな ご氏名	男・女	生年月日 (大・昭・平・令和)	年	月	日	歳
〒	ご住所		電話番号	—	—	
			携帯番号	—	—	
ご職業・学年	身長	cm	/	体重	kg	/
					体温	°C

1. 本日の症状についてお聞きします。(図の症状があるところに○をつけてください)

・いつ頃からですか。

本日 昨日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前

・どのような症状ですか。

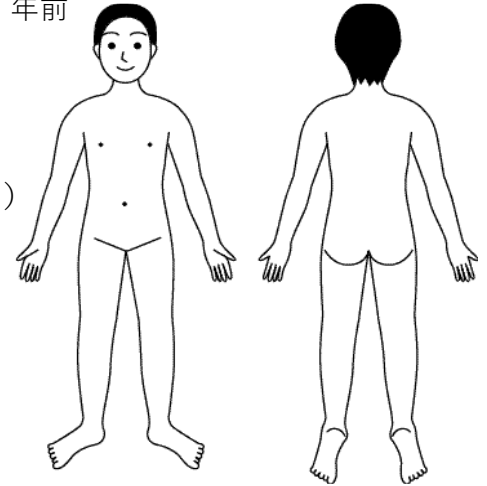
かゆい 赤い 痛い しこり かさかさ 水虫 いぼ
 タコ/魚の目 じんましん アトピー 多汗症 その他 ()

・思い当たる原因はありますか。

薬 食べ物 化粧品 虫刺され 日焼け ストレス
 その他 ()

・この症状で、何か治療をしていましたか。 (はい ・ いいえ)

はいの方→ 家にあった薬 薬局で買った薬 病院に通った (病院名:)



2. 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。

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 糖尿病 痛風 高血圧 腎臓病 肝臓病 緑内障
 前立腺肥大 心療内科疾患 (うつ、不安神経症など) けいれん その他 ()

3. 現在、何かお薬をのんでいますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方→ 薬剤名:

4. 今までお薬や食べ物でアレルギーをおこしたことはありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方→ 薬/食べ物の名前: 症状:

5. タバコは吸いますか。 (吸わない ・ 1日〔 〕本吸う ・ 以前は吸っていた)

アルコールは飲みますか。 (飲まない ・ 時々 ・ よく飲む)

6. 女性の方へ 妊娠中ですか。 (はい 第〔 〕週 ・ いいえ)

授乳中ですか。 (はい ・ いいえ) 育児希望 (あり ・ なし)

7. ステロイド外用剤の使用について (必要があれば使用する ・ できれば使用したくない ・ 使用不可)

8. 当院へは何を見て来院されましたか。

通りがかり ホームページ (デュピクセント ・ 光線療法 ・ 巻き爪ワイヤー ・ AGA)
 区役所の広告 知人・家族の紹介 () その他 ()

ご記入ありがとうございました。受付にご提出いただき、診察までしばらくお待ちください。