

| | | | | | | |
|-------------|-----|----------------|------|----|----|----|
| 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 |

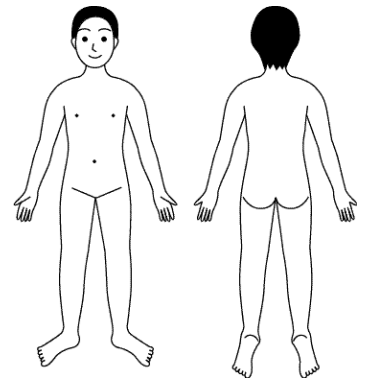
1. 本日の症状についてお聞きします。(図の症状があるところに○をつけてください)

・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 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. 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 頼れるドクター誌 区役所の広告 まみたん
 知人の紹介 () 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。