

フリガナ			男女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名					年 月 日 (才)
	お子様の場合体重	Kg	職業		
住所	〒 —			電話番号	自宅：
					携帯：

お薬のアレルギーはありますか。

いいえ はい お薬の名前：

そのほかアレルギーはありますか

いいえ はい 内容：

妊娠されていますか いいえ はい 出産予定日： 年 月 日

授乳されていますか いいえ はい

●本日はどうされましたか。

①どこが (人体図に印をつけてください)

②いつから

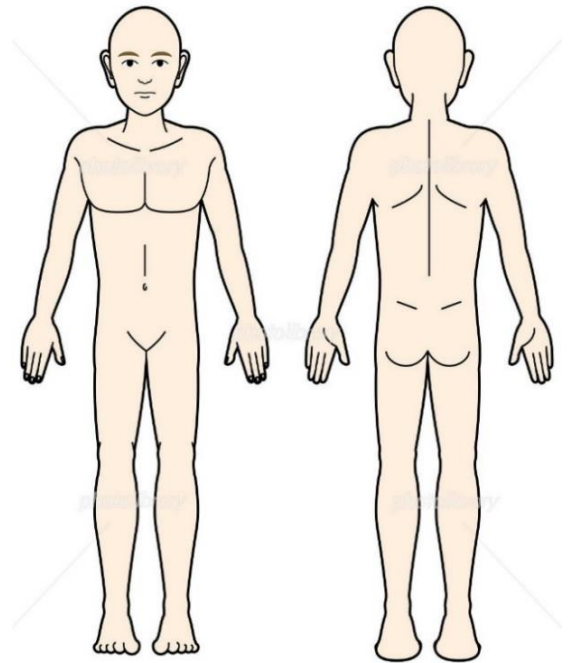
③どのような症状ですか

④今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

どちらで

どのような



●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

いいえ はい 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 腎臓病 ()

アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 () 心臓病 ()

肝臓病 () その他 ()

●現在内服されているお薬はありますか

いいえ はい ★お薬手帳を医師に提示して下さい★

●当院をどちらでお知りになりましたか

1.知人、友人 2.家族 3.受診歴あり 4.近所、通りすがり 5.薬局

6.インターネット 7.他医院 (まつがおか皮膚科・ほしの内科・東邦大学大橋病院・その他)

8.情報センター、ひまわり 9.その他 ()

※当院では診療の記録として症状の写真を撮影することがあります。写真の管理等は院内で行い個人情報として管理致します。ご了承いただけない場合は医師にお申し付け下さい。