

ふりがな
氏名

男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日:大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳 体温 °C

住所 〒

携帯番号 - - 電話番号 - -

1. どのようなことで来院されましたか

① いつ頃から

今日の ()時・昨日・()日前・()週間前・()カ月前・()年前

② 当てはまる症状を下記から選んで○で囲んでください

かゆい 赤い 湿疹 じんましん 痛い かきつき 水虫 タコ・ウオノメ イボ キズ・ケガ やけど

とこずれ できもの・しこり ほくろ にきび 虫に刺された

その他

③ どの部位に(診察を希望される場所を右の図内○で囲んでください)

④ このことで何か治療はうけましたか(はい・いいえ)

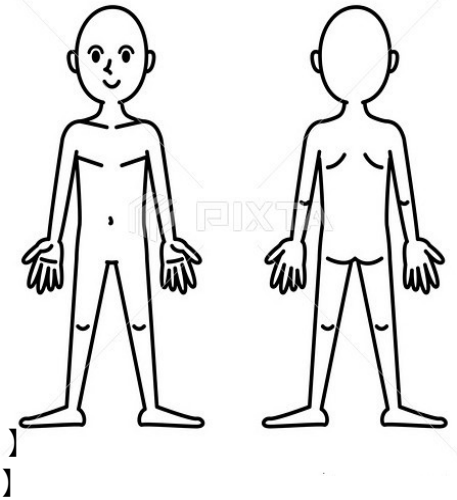
「はい」の方はその内容をご記入ください

⑤ 家族に同じような症状の方はいますか (いる・いない)

2. 現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか (ある・ない)

「ある」と回答された方 病院名【

病名【



3. 女性の方へ ①妊娠中ですか (はい[第 週]・いいえ) ②授乳中ですか (はい・いいえ)

4. ステロイド剤を使用する治療について (絶対に使いたくない・必要に応じて使いたい・分からない)

5. 今までに薬や食べ物で副作用がありましたか (ある・ない)

「ある」と回答された方は、お薬名または食べ物をご記入ください

6. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (ある・ない)

「ある」と回答された方 お薬手帳はお持ちですか (ある・ない) お持ちの方は受付にご提示ください

お持ちでない方、電子手帳の方は、お薬名をご記入ください

7. 今までに下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・胃潰瘍 ・肝疾患 ・腎疾患

・膠原病 ・緑内障 ・手術 (手術名: いつ頃:)

・その他 ()