

お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女
			電話番号 (自宅)
生年月日	大正・昭和・平成・令和	携帯番号	
	年 月 日		
ご住所	〒		

① 本日診察を希望される場所を右図に○を付けてください。

② 症状が出たのはいつ頃からですか？

()

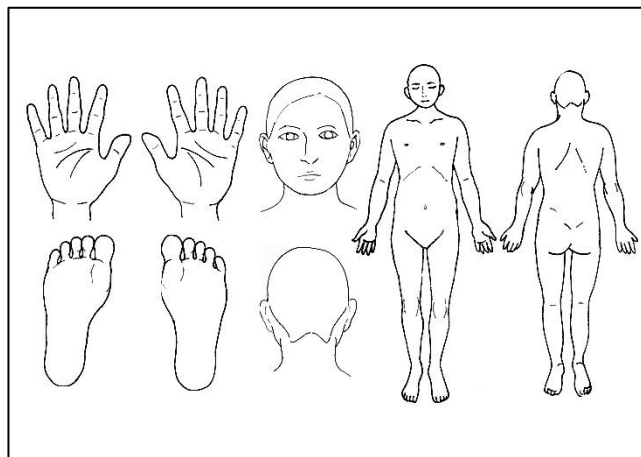
③ どのような症状・病気ですか？

()

④ 原因として思い当たる事がありますか？

ある場合は記入して下さい (薬・食べ物・化粧品 等)

()



⑤ この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入してください

病院名 ()

治療内容 (薬の名前など) ()

⑥ アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけてください

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい

アトピー ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 金属 ・ 動物 ・ 食物 ・ なし

薬 ()

その他 ()

⑦ 現在 皮膚科以外で治療している病気や内服している薬はありますか？

喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 緑内障

前立腺肥大 ・ その他 ()

内服薬 ()

⑧ 女性の方のみ○をつけてください

現在 妊娠中ですか はい (ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在 授乳中ですか はい ・ いいえ

※薬の一覧表、お薬手帳がありましたらご提出をお願いいたします。