

ふりがな		性別	職業
氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢 才	小児のみ 体重 kg
住所			
携帯番号		自宅電話番号	

## 1 症状のある場所に○を付けてください(複数可)

## 2 どのくらい前からですか？

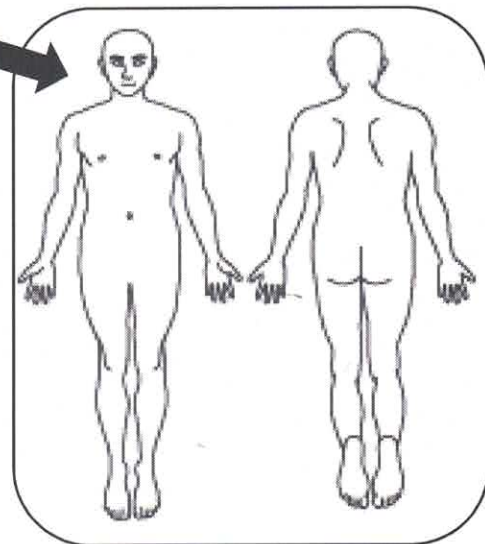
\_\_\_\_\_ 前から

## 3 どのような症状ですか？

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 腫れ 膿(うみ)  
赤み 傷 かぶれ 水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ  
いぼ 水いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー  
その他 \_\_\_\_\_

## 4 症状が出た原因は思い当たりますか？

不明 食べ物 虫 薬 化粧品 乾燥 日焼け  
その他 \_\_\_\_\_



## 5 同じ症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか？

なし ・ ある(↓記入)

★ 当院にて治療歴のある方 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃治療していた

★ 他院にて治療歴があるの方(↓記入)

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 病名 \_\_\_\_\_ 治療内容・薬の名前 \_\_\_\_\_

## 6 現在、他に治療中の病気はありますか？

なし ・ ある(↓記入) ※お薬手帳を提出してください

治療中の病名 \_\_\_\_\_

手帳を忘れた方・携帯のお薬手帳の場合は記入 \_\_\_\_\_

## 7 今までにかかったことのある病気を教えて下さい。

なし アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 糖尿病 胃潰瘍  
心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳卒中 前立腺肥大 がん/腫瘍(部位 \_\_\_\_\_)  
甲状腺の病気 緑内障 心療内科疾患(うつ、不安神経症など) その他 \_\_\_\_\_

## 8 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

なし ・ ある場合は具体的に記入 \_\_\_\_\_

## 9 ご家族の方(血縁関係の方)にアレルギー疾患はありますか？

いない ・ いる場合は右の数字を↓の( )内に記入 ①父②母③兄弟姉妹④その他 \_\_\_\_\_

★アトピー性皮膚炎( )花粉症( )喘息( ) その他 \_\_\_\_\_

## 10 妊娠・授乳中ですか？ いいえ ・ 妊娠 \_\_\_\_\_週目 ・ 可能性あり ・ 授乳中

## 11 医療明細書の発行を希望されますか？ 希望 ・ 不要

## 11 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ 看板 知人から(家族含む) 通りがかり 広告 その他 \_\_\_\_\_

## 12 その他なにかありましたら、ご記入ください。