

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 体温 \_\_\_\_\_ °C (熱がありそうな場合)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

■どのようなことで来院されましたか(当てはまるものに○をつけてください)

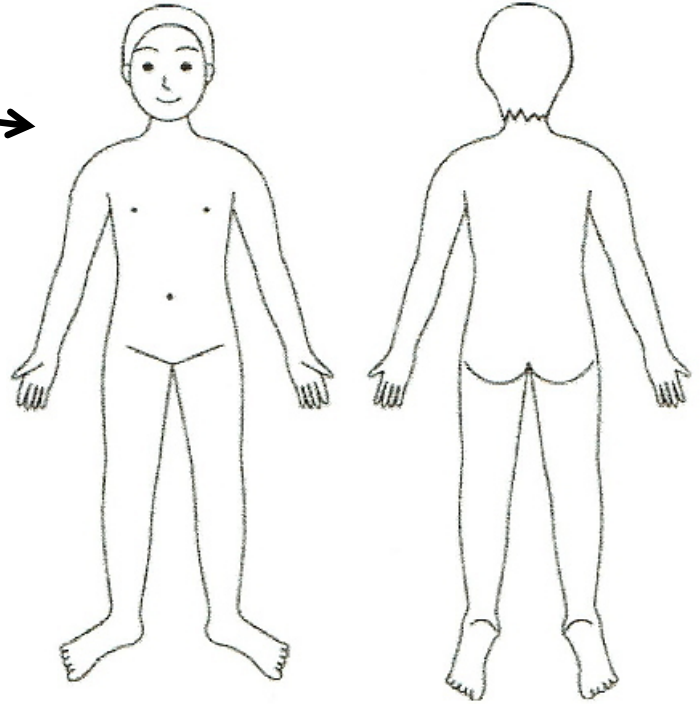
●いつ頃から

さっき・今朝・昨晚・昨日・( )日前・( )週間前・( )ヶ月前・( )年前

●どの部位に(診察を希望される場所を○で囲んでください)

●どんな症状ですか

かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん 痛い かさかさ  
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 あざ  
虫に刺された  
その他 ( )



●このことで何か治療をしていましたか( はい・いいえ )

その内容 ( )

●家族に同じような症状の方はいますか ( いる・いない )

■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 )

ある方 → 病院名 ( )  
病名 ( )

■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 )

ある方 → 名前 ( お薬やお薬手帳を持参 )

■今までに薬や食べ物で副作用(ショック・発疹・気分不快)がありましたか ( ある・ない )

ある方 → 名前 ( )

■今までにどんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病  
・高血圧 ・胃潰瘍 ・肝疾患 ・腎疾患 ・膠原病 ・前立腺肥大  
・緑内障 ・輸血 ・手術( ) ・その他( )

■ステロイドを使用する治療について

・絶対に使いたくない ・必要に応じて使用するの構わない ・分からない

■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 )

■当院を何でお知りになりましたか?

・知人の紹介 ・病院の紹介 ・看板(駅・電柱) ・近くを歩いて ・チラシ ・インターネット ・タウンページ