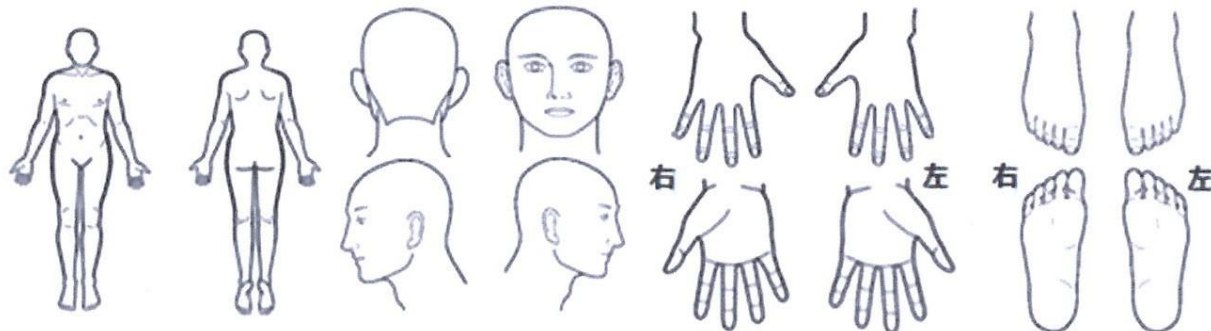


年 月 日

Kg

ふりがな		生年月日 (T・S・H・R)	年齢	性別
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		

1, いつから どんな症状がありますか？ ⇒いつからですか？ （ ）から
 症状：ぶつぶつ、かさかさ、赤み、水ぶくれ、やけど、にきび、できもの、いぼ
 ：脱毛、かゆみ、いたみ その他（ ）
 部位：下図にしるしをつけてください



上記の症状について、治療したことがありますか？ （ ある ・ ない ）

・別の病院で治療を受けたことがある⇒病院名（ ）
 そちらの病院では、何と言われましたか⇒（ ）
 処方された薬が分かれば書いてください⇒（ ）
 ・市販の薬を使った⇒薬の名称（ ）

2. 現在、他に治療中の病気はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

緑内障 糖尿病 前立腺肥大（男性のみ）

上記以外 病名 () 病院名 ()

3、現在の飲まれているお薬はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

薬の名称 ()

4, これまで、大きな病気をされたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

病名 () いつですか ()

5, 今までに薬や注射などで、異常があったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

薬や注射の名称 ()

6, アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

花粉症 ぜんそく 鼻炎 アトピー性皮膚炎 食物 その他（ ）

7, 女性の方にお伺いします

現在妊娠中ですか？ （ はい ・ いいえ ） ⇒ 「はい」の方 現在（ ）週目

現在授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）