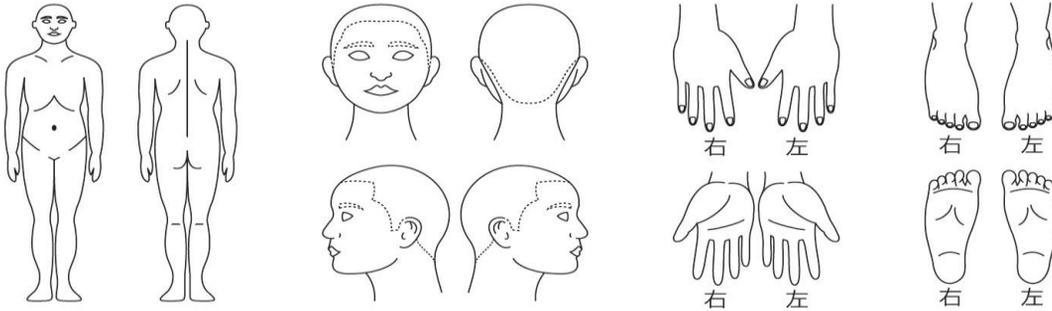


フリガナ		生 年	平成・昭和・大正	性別
お名前		月日	年 月 日 ( 歳)	男・女
			12歳未満の方は体重を記載	kg
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		

平成 年 月 日

1. ①本日、受診された皮膚の症状について (○印をつけてください)



②症状

かゆい、痛い、できもの、湿疹、その他 ( )

③いつから? (数字をご記入ください)

年前から、 力月前から、 週前から、 日前から

④上記の症状について、今まで治療を受けたことはありますか?

いいえ・はい (お薬の名前: )

2. 今まで、下記の病気にかかったことや現在治療中の病気はありますか?

花粉症・喘息・高血圧・心臓病・糖尿病・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・透析中・膠原病  
前立腺肥大・緑内障・結核・脳卒中・その他( )

3. 現在内服しているお薬 (市販薬、健康食品含む) はありますか? (お薬手帳があれば、診察時にお出してください)

いいえ・はい (薬の名前: )

4. 今までお薬や食べ物、金属でアレルギー症状 (発疹、呼吸困難など) が出たことがありますか?

いいえ・はい (その名前: )

5. 女性の方へお尋ねします。

妊娠中である・妊娠の可能性がある・妊娠していない・授乳中

6. 当院をどのようにお知りになりましたか?

・家族や親戚の紹介・友人や知人の紹介・ホームページ・院前を通りがかって・パンフレット・電話帳  
・フェイスブック・他病院の紹介・チラシ・その他( )

7. 当院では基礎化粧品類の販売もしていますが、何か思い当たることはございますか?

・自分の肌に合う化粧品がなかなか見つからない、効果が感じられない  
・ずっと安心して使える化粧品がない  
・その他 ( )