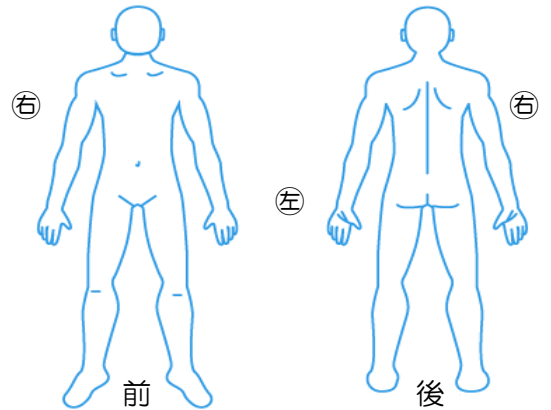


フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成）	歳	男・女
お名前		年 月 日		
ご住所	〒 —	電話番号	自宅	
			携帯	
ご職業		お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか？ ( はい・いいえ )		

1. いつから、どんな症状がありますか？

- ☆いつから：( )
- ☆部位：右の図に印をつけるか、ご記入ください。  
( )
- ☆症状：・かゆい・痛い・赤く腫れている・膿んでいる  
・ぶつぶつ・皮がめくれる・ジクジク・カサカサ  
・シミ・ほくろ・イボ・その他 ( )
- ☆治療を受けていましたか？ (はい・いいえ)  
思い当たる原因、これまでの治療内容・薬を  
わかる範囲でご記入ください。  
( )



2. 現在治療中の病気や、今までに診断・治療を受けたりしたことはありますか？

- ・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
- ・その他 ( ) ・手術歴（あり・なし）

※服用中のお薬がありましたら、お薬手帳をお出してください。

3. お薬や食べ物などでアレルギー症状がでたことがありますか？ (はい・いいえ)

- ・薬剤 ( ) ・食品 ( ) ・アルコール消毒（あり・なし）
- ・金属（あり・なし） ・ゴム（あり・なし）

4. 治療についてのご希望をお聞かせください。

- ・健康保険の範囲内で治療 ・保険適用外の治療も希望

5. 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 ・わからない

6. (女性の方に) 現在、妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？

- ・妊娠している ( カ月) ・可能性あり ・可能性なし ・授乳中

7. 当院にご来院されたきっかけは？

- ・知人の紹介 ・医療機関からの紹介 ・ホームページを見て ・近所 ・その他

8. その他、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。