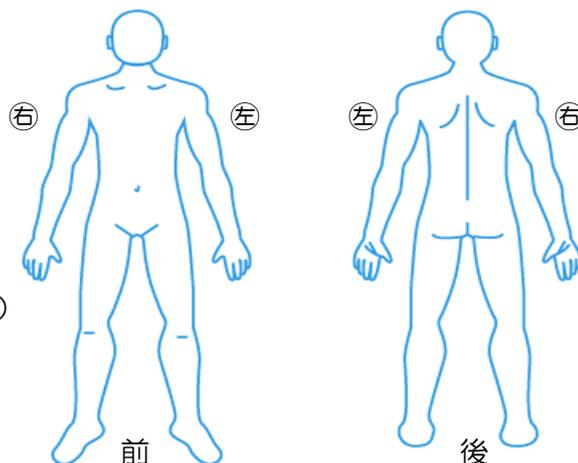


フリガナ	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		歳	男・女
お名前	年 月 日			
ご住所	〒 ー		電話番号	
			自宅 携帯	
ご職業	お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか? (はい・いいえ)			

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 ・金属 ・ゴム

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
- (ご予算) ~¥5000/月 ~・¥10000/月 ・~¥20000/月 ・¥20000/月以上

5. ステロイドを使用する治療について

- ・必要に応じて使用するのは構わない ・絶対に使いたくない (理由)

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。