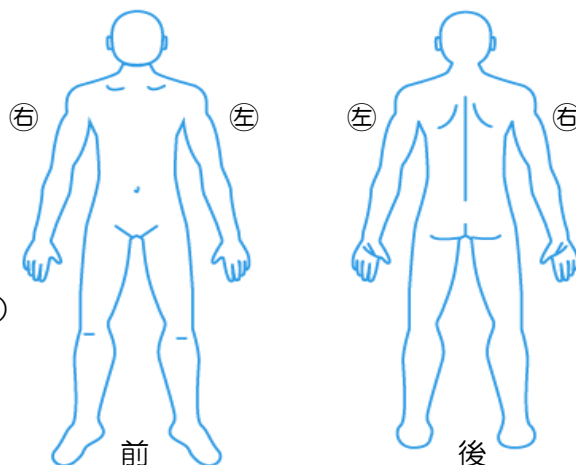


フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成・令和）	歳	男 ・ 女
お名前		年 月 日		
ご住所	〒 —	電話番号	自宅	
			携帯	
ご職業	お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてよろしいでしょうか？ （ はい・いいえ ）			

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。