

ふりがな		性別	男・女	スタンプ記入欄	入力	スキャン
ご氏名			男・女		(乳) あり・なし	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体重 (15歳未満の場合)		kg		
住所・電話番号 (初診、もしくは前回受診から変更された方)						
〒 -						
自宅☎			携帯☎			

1 いつ頃からお困りですか？

{ }

2 あてはまる症状に印を付けてください。

- 発熱 (°C) かゆい 痛い 腫れ
- 赤い 湿疹 発疹 水ぶくれ 帯状疱疹
- カサカサする できもの とびひ 蕁麻疹
- 虫刺され ニキビ イボ シミ 水虫
- 巻き爪 脱毛 花粉症 やけど 怪我
- { その他 }

3 右図の、症状のある部分に○をつけてください。 →

4 業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

- はい いいえ

5 現在、この症状で治療を受けていますか？

- はい → 医療機関名 { }
- いいえ 治療方法 { }

※その治療法で、どのような変化がありましたか？

- 良くなった 変わらない 悪くなった その他 { }

6 現在、皮膚科以外の科にかかっていますか？

- はい → 医療機関名 { }
- いいえ 病名 { }

7 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

- はい → 薬名 { お薬手帳あり }
- いいえ

8 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

- はい → 薬名 { }
- いいえ 食べ物名 { }
- 不明

9 今までにかかった病気に印を付けてください。

- アトピー性皮膚炎 帯状疱疹 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 糖尿病 高血圧
- 心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 { }

10 今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか？

- いいえ 肝機能障害 腎機能障害

11 女性の方のみお答え下さい

- ・現在、妊娠中ですか？ はい (現在 ヶ月) いいえ
- ・妊娠の可能性ありますか？ はい いいえ
- ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

