

氏名	ふりがな _____	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	男 ・ 女		年	月	日生 (歳)
住所	〒 _____	電話	自 宅	()	()
			携 帯	()	()
緊急の連絡先	氏名	続柄 ()	電話番号 ()	()	()

1. 来院された理由

・いつからですか？

[_____ 年 月 日から]

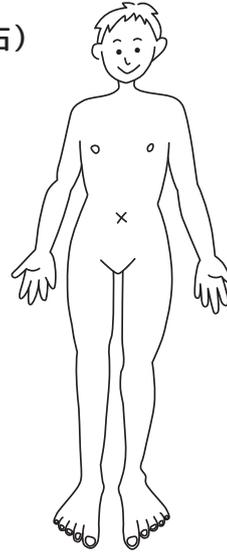
・部位はどこですか？

右図にしるしをつけて下さい⇒

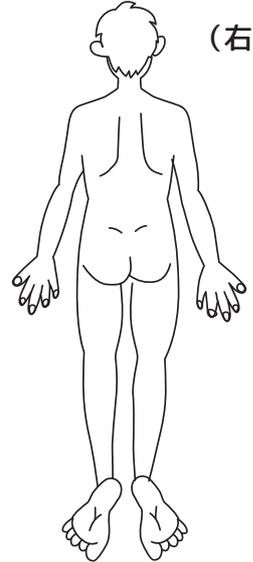
・どんな症状ですか？ チェックをして下さい

- 痛い かゆい ぶつぶつ にきび やけど
 できもの ほくろ 赤い 美容
 その他 [_____]

(右)



(右)



2. 現在治療中の病気はありますか？

・いいえ

・はい → 病名 [_____]

3. 現在、薬を飲んでいますか？ もしくは薬を塗っていますか？

・いいえ

・はい → 手帳あり・手帳なしー薬品名 [_____]

4. 今までかかった事のある病気

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 緑内障 甲状腺 花粉症
 ぜんそく アトピー性皮膚炎 じんましん アレルギー性鼻炎
 その他 [_____]

5. 今まで薬を飲んで又は注射をして具合が悪くなった事がありますか？

・いいえ

・はい → 薬品名 [_____]

6. 何かに対してアレルギー反応を起こしたことはありますか。それを検査したことはありますか。

・いいえ

・はい → 具体名 [_____] アレルギー検査 → あり・なし

7. たばこを吸いますか？

・吸わない

・吸う → 1日に [_____] 本

お酒を飲みますか？

・飲まない

・飲む → 1日に [_____] ml

8. 現在妊娠していますか？

・いいえ

・はい → [_____] 週

9. 当院をどこでお知りになりましたか

- 院長、または、副院長より紹介 インターネット (スマホやPCのWeb) 折り込み広告
 知人、家族からの紹介 医療機関からの紹介 通りすがり その他の看板や広告