

※発熱や全身の発疹など具合の悪い方は、受付までお知らせ下さい。

受診日	令和 年 月 日		
ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日 () 歳	
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
体重	kg	職業	

(症状が複数ある場合は①、②と番号記載をお願いします。)

1. 皮膚の症状は、今どの場所にありますか？

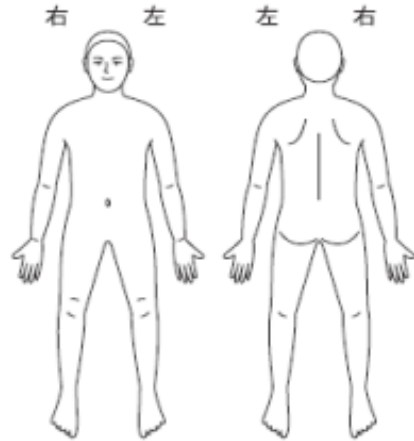
→右図に示して下さい。

2. 症状はいつ頃からありますか？

(約 年前 / 約 ヶ月前 / 約 週間前 / 約 日前 / 本日 時頃)

3. どのような症状がありますか？(当てはまるものすべてに☑をつけてください。)

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痒み(強い/少し) | <input type="checkbox"/> 赤み | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> 乾燥 | <input type="checkbox"/> ぶつぶつ |
| <input type="checkbox"/> じくじく | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 手湿疹 | <input type="checkbox"/> 水ぶくれ | <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> 皮むけ |
| <input type="checkbox"/> 虫刺 | <input type="checkbox"/> ニキビ | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 | <input type="checkbox"/> ウオノメ | <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> イボ |
| <input type="checkbox"/> ホクロ(手術希望：有・無・相談) <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |



4. 原因として思い当たることはありますか？

はい ⇒ ()
いいえ

5. 上記症状に対して何か治療をしましたか？(飲み薬・塗り薬 市販薬を含む)

はい ⇒ () ⇒効果 (あり ・ なし)
いいえ

6. 今までに、薬や食物でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい ⇒ ()
いいえ

7. 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことはありますか？

(とても眠くなる ・ 少し眠くなる ・ 全く眠くならない ・ わからない)

8. 車やバイクなど運転されますか？

(毎日運転する ・ ときどき運転する ・ 運転しない)

9. 今、持病がありますか？あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい ⇒ アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・胃潰瘍
その他 () ・ いいえ

10. 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬を含む) 薬の名前をお書きください。

※多数ある場合はお薬手帳を受付にご提出ください。

はい ⇒ ()
いいえ

11. 当院は何で知りましたか？

Web検索・当クリニックホームページ・SNS・チラシ・ご家族からの紹介・ご友人からの紹介
医療機関からの紹介・薬局からの紹介・駅の案内・通りがかり・その他 ()

12. 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性がありますか？

はい ⇒ 判明した日 (月 日頃) 現在 () 週目 予定日 (月 日) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

(はい ・ いいえ)

ありがとうございました。