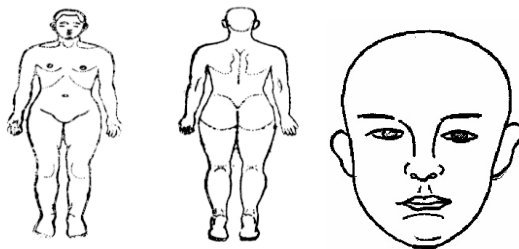


フリガナ：	男	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
氏名：	女	年 月 日生 ( 歳)
郵便番号： —		
住所：		
電話： ( )		
体重 (12才以下)： kg	続柄：	
以前、当院にかかれたことがありますか？	ある ( 年 月頃) ・ ない	
現在、他の病気で治療を受けていますか？		
はい(喘息・花粉症・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・その他 ) いいえ		
現在、服用している薬がありますか？	ある ・ ない ※お薬手帳をお持ちの方は診察の時にお見せください	
薬でアレルギーを起こしたことがありますか？	ある ( ) ・ ない	
妊娠している可能性がありますか？	ある ・ ない	
自動車やバイクなどの運転はしますか？	はい ・ いいえ	

① どのような症状で来院されましたか？ ○印をつけてください。

発疹 ・ かゆい ・ 痛い ・ はれている ・ できもの ・ いぼ ・ しみ ・ 巻き爪  
にきび ・ 脱毛 ・ やけど ・ みずむし ・ その他( )

② その症状のある部位はどこですか？ ○印をつけてください。



③ それはいつ頃からですか？

生まれたときから ・ \_\_\_日前から ・ \_\_\_週間前から ・ \_\_\_か月前から ・ \_\_\_年前から

④ この症状について、市販薬を使用したり、他医で治療を受けましたか？ ある ・ ない

つけ薬：

のみ薬：

ご協力ありがとうございました。診察の順番が来ましたら、およびしますので、しばらくお待ちください。