

フリガナ				男女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
氏名						
	お子様の場合体重	Kg	職業			
住所	〒 -				電話番号	自宅： 携帯：

お薬のアレルギーはありますか。

いいえ

はい お薬の名前：

そのほかアレルギーはありますか

いいえ

はい 内容：

妊娠されていますか いいえ はい 出産予定日： 年 月 日

授乳されていますか いいえ はい

●本日はどうされましたか。

①どこが (人体図に印をつけてください)

②いつから

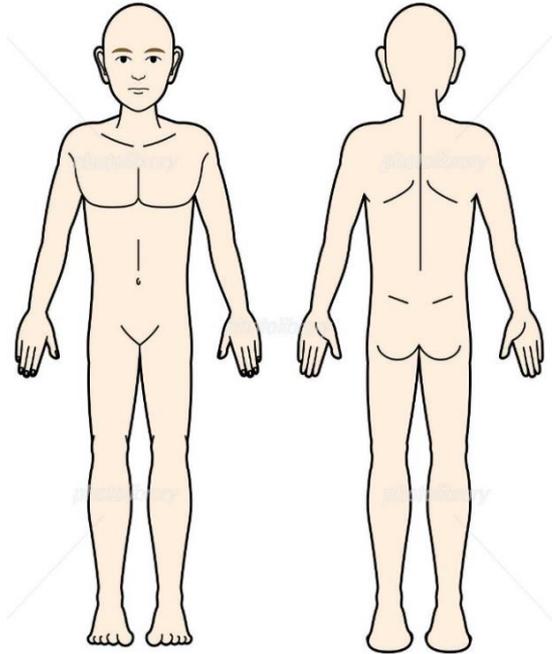
③どのような症状ですか

④今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

どちらで

どのような



●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

いいえ はい 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大

心臓病 () 肝臓病 () 腎臓病 ()

アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 ()

その他 ()

●現在内服されているお薬はありますか

いいえ はい ☆お薬手帳を医師に提示して下さい☆

●当院をどちらでお知りになりましたか

1.姉妹クリニック (ノア, ルカ, ドゥオ) 2.労災病院 (皮膚科・他科) 3.2以外の他病院 ()

4.家族 5.知人、友人 6.情報センター 7.近所、通りすがり 8.薬局 9.会社

10.インターネット、ホームページ 11.受診歴がある 12.その他 ()