

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

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？

() から

3. かゆみはありますか？

すごくかゆい・かゆい・少しかゆい・かゆくない

4. 他にどのような症状がありますか？(例：痛み・赤み・腫れ・ぶつぶつ等)

()

5. 原因として思い当たることはありますか？(なるべく詳しくお書き下さい)

はい ⇒ ()

いいえ

6. 何か治療をしましたか？(市販薬を含む)

はい ⇒ ()

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬を含む)

※薬手帳・薬の説明文・薬などをお持ちであれば受付へご提出ください。

はい ⇒ ()

) ・ いいえ

12. 当院は何で知りましたか？

①ウェブ検索・インターネット ②当クリニックホームページ ③ご家族からの紹介 ④ご友人からの紹介 ⑤他の医療機関からの紹介 ⑥薬局からの紹介 ⑦駅の案内板 ⑧通りがかり

⑨その他 ()

13. 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性はありますか？

はい ⇒ 現在 () 週目 ・ いいえ

妊娠中の方にお伺いします

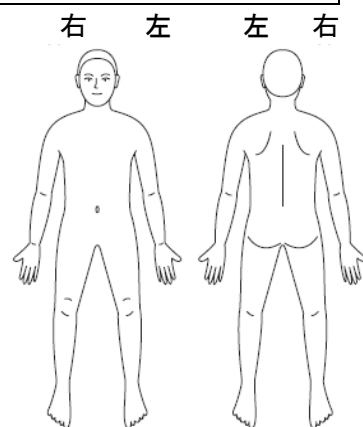
⇒ 月 日 予定日

現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

14. 会計の際に、領収書以外に明細書の発行を希望しますか？(お会計のない方は発行されません)

はい ・ いいえ



) ・ いいえ

) ・ いいえ