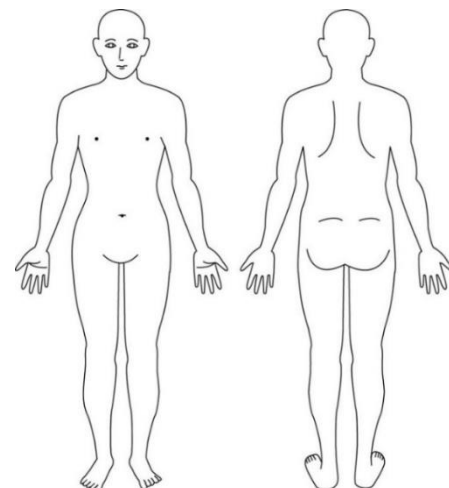


氏名	(男・女)	職業
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
住所	〒	
携帯電話 (無ければ固定電話)	15歳以下の方:体重 kg	

● どのような症状ですか。その部分に○をつけてください。⇒

- ◇ いつから()
- ◇ 痒い・痛い・痛痒い・ひりひり・チクチク・違和感・何ともない
- ◇ 赤い発疹・ブツブツ・かさつき・皮むけ・水ぶくれ・ひび割れ・腫れ・いぼ・水いぼ・タコ・魚の目・虫刺され・ニキビ・水虫・傷・やけど・アトピー・蕁麻疹・できもの・ほくろ・シミ・脱毛・汗
- ◇ その他詳細[]



● 今回の件で他の病院を受診したことがありますか。

(はい・いいえ)(処方された薬:)

● 現在治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)

糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・呼吸器疾患・消化器疾患・癌・甲状腺異常・関節痛・膠原病・認知症・精神神経疾患・その他 (病名:)

(薬の名前:)

*薬が書けない時は、お薬手帳を医師に見せてください。

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか。(はい・いいえ) ()

● 女性の方へ。現在(妊娠 力月・授乳中:子 力月)ですか。

● どうやって当院を知りましたか。(ネットで検索・ホームページを見て・ご家族知人から・

家が近所・職場の近く・医院を見て・以前から知っていた・他院からの紹介・その他:)

● 顔の症状の方のみ、以下の質問にお答えください。

◇ 洗顔回数は1日何回ですか。(0・1・2・3~)回

◇ 洗顔料は一日何回使用しますか。(0・1・2・3~)回

◇ クレンジングは?(使わない・すすぐタイプ・拭き取りタイプ・洗顔料一体型・その他)

◇ 洗顔後に顔に塗るものは?(化粧水・乳液・美容液・保湿ジェル・パック・クリーム・オイル・ワセリン・処方された保湿剤・日焼け止め・下地・ファンデーション・その他:)

● 診察についてご要望はありますか。()