

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
氏 名				
職 業			お子様の場合	体重 Kg
住 所	〒 -		電話番号	自宅： 携帯：

アレルギーはありますか。いいえ はい → ある場合は原因の名前をお書きください

原因となる薬剤名：

原因となる食べ物・その他の名前：

車、バイク、機械の運転、細かい作業や危険な作業はされますか

いいえ はい

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 症状のあるところ（人体図）に○印をしてください→

② 症状はいつからですか

③ どのような症状ですか

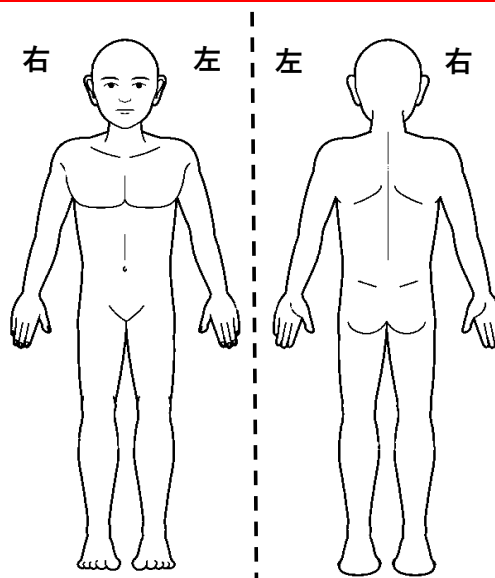
かゆい 痛い 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥
腫れている 水ぶくれ あざ しこり 傷・ケガ とげ
やけど（仕事・自宅） 虫に刺された ニキビ じんましん
多汗 ほくろ ヘルペス いぼ タコ・うおのめ 水虫
その他（ ）

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

医療機関名

どのような



● 現在、次の病気で治療を受けていますか、ある場合は○またはお書きください

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 がん（ ）
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☆

● 過去に大きな病気や手術・治療を受けたことがある場合はお書きください

（ ）

● 当院をどちらでお知りになりましたか

1. 受診歴がある
2. 家族
3. 友人・知人
4. 近所・通りすがり
5. 当院の姉妹クリニック（シオン・ノア・ルカ・ドゥオ・セシル・マリア）
6. 労災病院（皮膚科・他科）
7. 5.6.以外の病院（ ）
8. 薬局
9. 情報センター
10. インターネット、ホームページ
11. その他（ ）