

フリガナ			男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名					年 月 日 (才)
	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

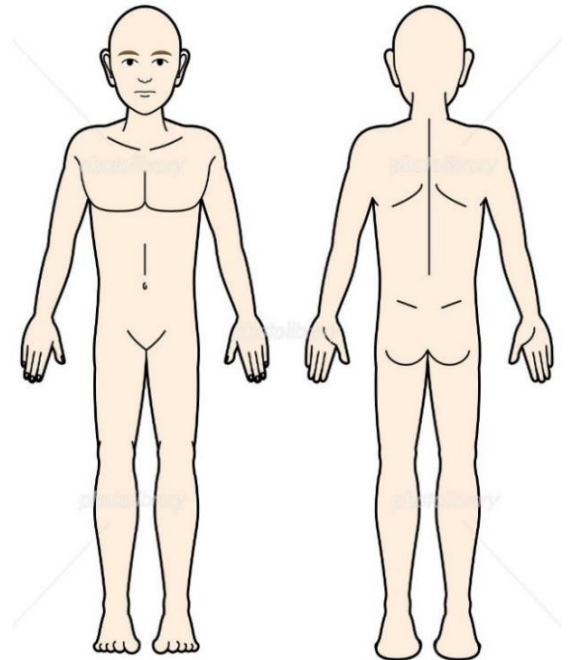
●本日はどうされましたか。

- 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.知人、友人 2.家族 3.近所、通りすがり 4.受診歴あり 5.薬局 6.看板
- 7.インターネット 8.情報センター 9.姉妹クリニック (シオン、ノア、ルカ、ドゥオ)
- 9.横浜労災病院 (皮膚科 他科) 10. 9以外の他病院 () 11.その他 ()