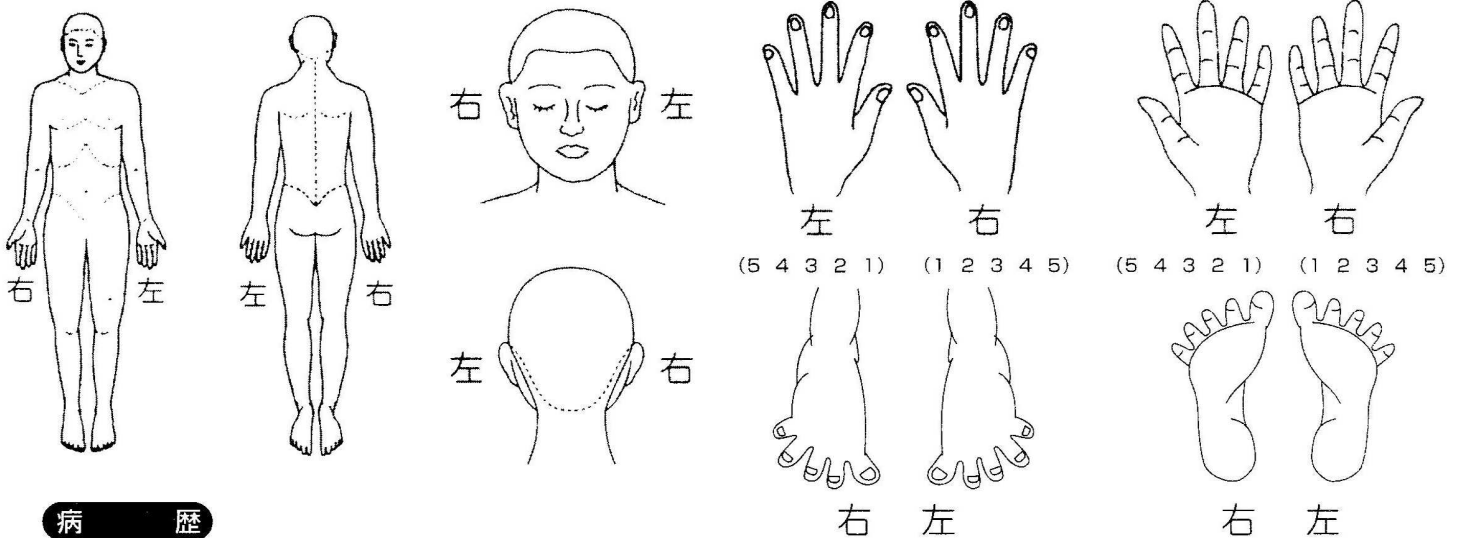


フリガナ				男	明 大 昭 平				年	月	日	才
氏 名				女								
電 話	自宅	()	-	携帯	()	-						
住 所	〒											
職 業							体 重 (7歳以下のみ)	kg				

いつからどんな症状がありますか？

- いつから：() から
- 症 状：かゆい・乾燥・いたい・腫れる・荒れる・発疹
けが・やけど・水虫・にきび・できもの・いぼ・魚の目・ほくろ
虫さされ・とびひ・あせも・花粉症(目のかゆみ・鼻水・肌荒れ)
しみ・美容相談・美容脱毛・円形脱毛・薄毛相談・その他()
- 何か治療はしましたか？
いいえ ・ はい(ぬり薬・のみ薬) 薬名()
- 部 位：(下の図に○を付けてください)



病 歴

- 食物・薬・注射で、アレルギー反応がでたことがありますか？
なし ・ あり 名称()
- 現在、治療中の病気はありますか？
なし ・ あり 病名()
- 現在、服用中のお薬はありますか？
なし ・ あり 薬名()
- 今までに、病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？
〔 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 胃潰瘍
腎臓病 ・ 前立腺肥大症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎(花粉症)
じんましん ・ 精神病 ・ その他 ・ 手術() 〕

女性の方に

- 現在、妊娠している可能性はありますか？
不明 ・ いいえ ・ はい (出産予定日： 月 日)
- 現在、授乳中でしょうか？
いいえ ・ はい

当院をどのようにお知りになりましたか？

- a) 当院を見て b) 看板 c) ホームページ d) 紹介 e) その他()