

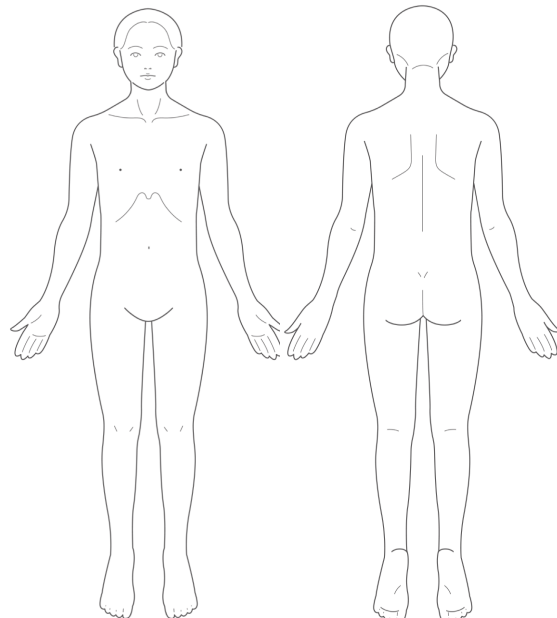
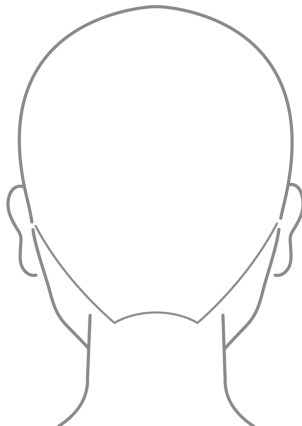
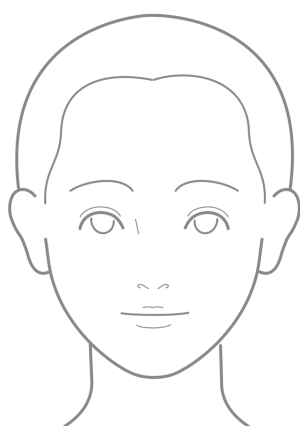
ふりがな				大・昭・平・令	年	月	日生	歳
お名前	(男・女)			体重	(kg・g)		ご職業	
ご住所	〒			電 話	自宅 ()		携帯 ()	

気になる所が複数ある場合は、特に気になる2つまでご記入ください。

その他の症状は、必要に応じて次回伺います。

1. 今日診てもらいたい症状について

①部位 (印をつけてください)



②いつから

{今日から、 日前～、 週間前～、 ヶ月前～、 年前～}

③症状

☐かゆい ☐痛い ☐虫さされ ☐しっしん ☐しこり ☐イボ・ほくろ ☐脱毛 ☐ニキビ
☐水虫 ☐やけど ☐ケガ ☐その他 ()

④上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？

☐いいえ ☐はい→(薬品名:)

⑤上記の症状に関して、市販の塗り薬や飲み薬、サプリメントを使用しましたか？

☐いいえ ☐はい→(商品名:)

2. 現在、治療中の病気はありますか？

☐肝臓の病気 ☐腎臓の病気 ☐高血圧 ☐動脈硬化 ☐心臓の病気 ☐糖尿病 ☐高脂血症
☐甲状腺の病気 ☐緑内障 ☐胃・十二指腸潰瘍 ☐前立腺肥大 ☐喘息 ☐けいれん ☐じんま疹
☐花粉症 ☐アレルギー性鼻炎 ☐アトピー性皮膚炎 ☐精神疾患
 その他 ()

3. 現在内服しているお薬はありますか？ お薬手帳をお出しいただいても結構です

☐いいえ ☐はい→(薬品名:)

4. 今までにかかった病気、手術はありますか？

☐いいえ ☐はい→(病名:)

5. 今までお薬や食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？

☐いいえ ☐はい(薬品・食品名 症状:)

7. 動物(ペットを含めて)を飼っていますか？

☐いいえ ☐はい(動物名)

8. 女性の方へ：☐妊娠中(週) ☐授乳中 ☐育児希望(あり・なし) ☐妊娠・授乳なし