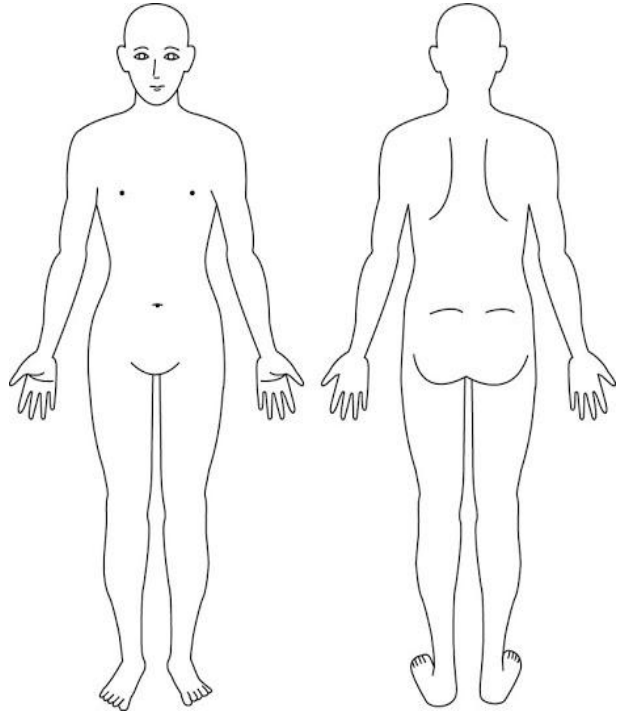




フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 () 歳
住所	〒 ー		
電話番号	自宅	携帯	

<p>本日はどうなさいましたか？当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>かゆい 赤い 痛い ブツブツ カサカサ 腫れ 水ぶくれ キズ・けが あざ 虫刺され タコ・うおのめ いぼ にきび 水虫 アトピー 脱毛症 じんましん ほくろ やけど 床ずれ 巻き爪 多汗 その他 ()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>現在、その症状で治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	
<p>その症状は変化していますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>大きくなった <input type="checkbox"/>増えた <input type="checkbox"/>広がった) <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/>禁煙した</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	