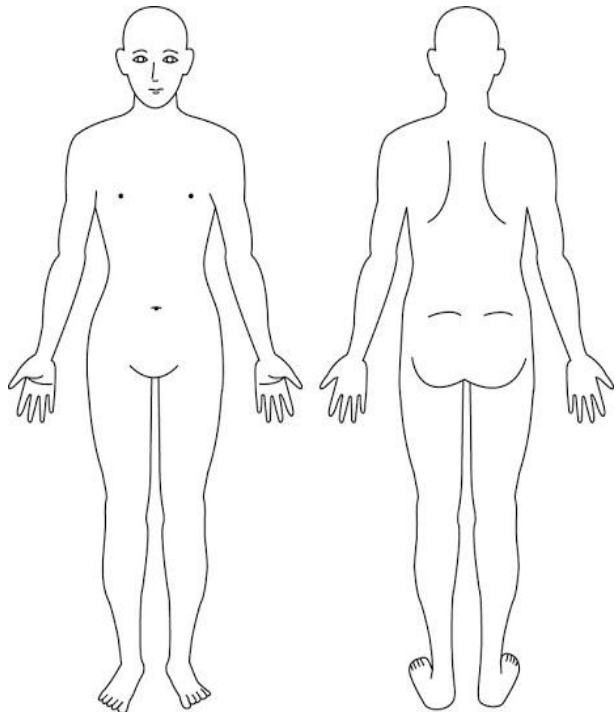




フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳
住所	〒 _____		
電話番号	自宅	携帯	

<p><b>本日の受診目的に○をつけてください。(複数回答可)</b>                  かゆい・赤い・痛い・腫れ・ブツブツ・カサカサ・できもの                  水ぶくれ・キズ・けが・あざ・虫刺され・かぶれ・いぼ・水いぼ                  タコ・うおのめ・にきび・水虫・アトピー・乾癬・じんましん                  ほくろ・しみ・赤ら顔・やけど・ヘルペス・皮膚がんの疑い                  脱毛症・巻き爪・多汗・その他 ( )</p> <p><b>症状はいつ頃からありますか？</b>                  ____日前から、____週間前から、____ヶ月前から、____年前から</p> <p><b>思い当たる原因はありますか？</b>                  特になし・薬・食べ物・化粧品・虫・日焼け・汗をかいた                  発熱・体調不良・その他 ( )                  仕事⇒労災の方は受付にお申してください</p> <p><b>この症状で、医療機関や市販薬で治療をしましたか？</b>                  いいえ ・ はい                  「はい」の方：医療機関名 ( ) ・ 市販薬                  治療内容 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p><b>今までに下記の病気にかかったことがありますか？</b>                  糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・花粉症・喘息・胃潰瘍・脳卒中・心療内科疾患・膠原病・ケロイド                  前立腺肥大・緑内障・甲状腺の病気・がん・その他 ( ) ・ なし</p>	
<p><b>現在、治療中の病気はありますか？</b> いいえ ・ はい 病名 ( )</p>	
<p><b>現在、内服しているお薬はありますか？</b> お薬手帳がある方は提出してください。                  なし ・ あり お薬手帳がない方はお薬の名前 ( )</p>	
<p><b>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？</b>                  いいえ ・ はい → 飲み薬・ぬり薬・注射薬・食べ物・金属・動物・花粉・ワクチン                  薬品や食物の名前 ( )</p>	
<p><b>※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？</b>  <input type="checkbox"/> いいえ ・ はい → 妊娠中____週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 近いうちに妊娠希望 ・ 授乳中</p>	

ご協力ありがとうございました。