

お名前	フリガナ		男 女	体重
				k g
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)			
ご住所	〒			
電話番号		携帯電話番号		

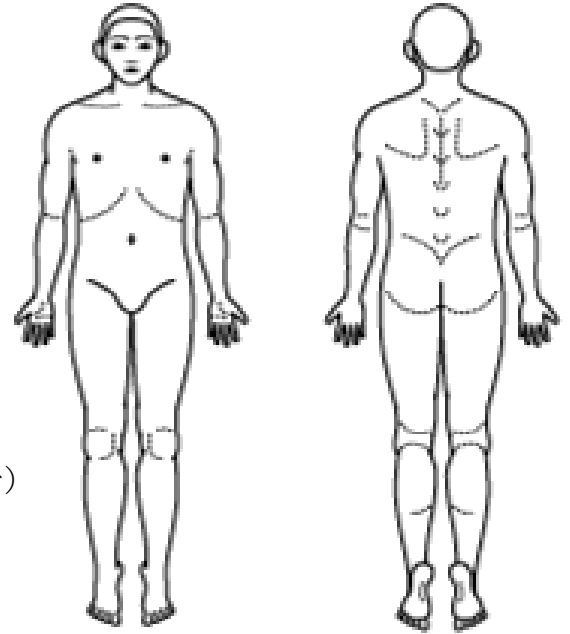
● 症状が出ている部位にしるしをつけてください

● 症状が出たのはいつからですか？

() くらい前から

● どのような症状ですか？

- かゆい 痛い 赤い 乾燥 皮がむける
- 傷 やけど できもの にきび ほくろ
- いぼ 水いぼ 水虫 巻き爪 抜け毛
- その他 ()



● 今回の症状について、現在治療をされていますか？（市販薬含む）

- いいえ はい

● アレルギーがありますか？

- なし
- あり → 薬 食べ物 その他

※ 詳しくご記入ください ()

● 持病はありますか？

- なし あり
- 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 脳疾患 リウマチ
- 緑内障 前立腺肥大 胃潰瘍 ぜんそく その他()

● 過去1か月以内に海外渡航歴はありますか？ なし あり

● 2週間以内に麻疹・風疹・水痘の方と接触はありますか？ なし あり

● 現在、服用中のお薬はありますか？ なし あり → 受付にお薬手帳をお持ちください。

● 女性の方へ 現在、妊娠されていますか？ いいえ はい

現在、授乳されていますか？ いいえ はい

● 当院までの交通機関は何ですか？

- 徒歩 自転車 車 バイク 電車 バス その他()

● 当院はどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ クチコミ 家族・友人からの紹介() 様 通りがかり
- インターネット 電柱広告 薬局からの紹介 その他 ()