

※労災保険指定外診療所です。

ふりがな			
氏 名			性 別 男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒		
電話番号	( )		
体重(お子様)	kg	職 業	

1. 皮膚の症状は、いまどの場所にありますか？(右図に示してください。)

2. 症状はいつ頃からありますか？ ( ) から

3. どのような症状がありますか？  
( )

4. 何か治療しましたか？(市販薬も含む)  
はい⇒ ( ) ・ いいえ

※お薬手帳は受付へ、お薬などお持ちであれば診察室にてご提示ください。

5. 今までに薬や食物でアレルギー症状が出たことがありますか？  
はい⇒ ( ) ・ いいえ

6. 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことがありますか？  
とても眠くなる ・ 少し眠くなる ・ 全く眠くならない ・ わからない

7. 車やバイクなどを運転されますか？  
毎日運転する ・ とくとき運転する ・ 運転しない

8. 今、持病がありますか？あるいは、今までになにか大きな病気をしましたか？  
はい⇒アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 高血圧 ・ 膠原病 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍  
その他 ( ) ・ いいえ

9. 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬も含む)  
※薬手帳 ・ 薬の説明文 ・ 薬などお持ちであれば受付へご提出ください。  
はい⇒ ( )  
いいえ

10. ご両親 ・ ご兄弟は病気をお持ちですか？  
はい⇒それはどなたですか？ ( ) アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ 花粉症 ・ その他 ( )

11. 当院を何でお知りになりましたか？  
看板 ・ ホームページ ・ インターネット ・ 電話帳 ・ その他 ( )

12. 女性の方へ  
現在妊娠中ですか？または、妊娠の可能性ありますか？  
はい⇒現在 ( ) 週目 ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

13. 当院では保険診療の他に自由診療も行っていますが、何か興味はありますか？  
脱毛 ・ しみ ・ しわ ・ たるみ ・ ニキビ跡 ・ 毛穴 ・ いぼ ・ ほくろ ・ ピアス ・ プラセンタ注射 ・ にんにく注射

