

〈 初めて来院された方へ 〉

NO. _____

ID _____

フリガナ _____

氏名 _____ (男 ・ 女) (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)

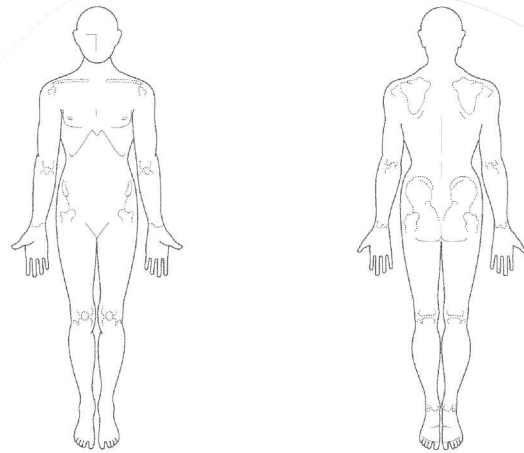
下記の項目について記入、もしくは、○で囲んでください。(わかる範囲で結構です。)

1. 本日はどちらを受診されますか？

- A 一般皮膚科外来 (保険診療) B 美肌外来 (自由診療)

2. 診てほしい部位に○印をつけてください。⇒

- ・ いつからですか？ (_____ ~)
- ・ どんな症状がありますか？
かゆい・痛い・赤くなっている
その他 (_____)



3. 今までに何か病気をしたことがありますか？

- ない ・ ある → アトピー、喘息、糖尿病、高血圧、前立腺肥大、緑内障、脳疾患、肝臓病、
腎臓病、心臓病、その他(_____)

4. 現在、どちらかの病院に通っていますか？

- いいえ ・ はい → (_____) 科

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？

- いいえ ・ はい → (_____)

6. 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

- いいえ ・ はい → 薬品名 (_____)
食品名 (_____)

7. 女性の方にお訊きします。現在、妊娠または授乳していますか？

- 妊娠中 ・ 授乳中 ・ わからない

8. その他、何かございましたらお書きください。

- (_____)