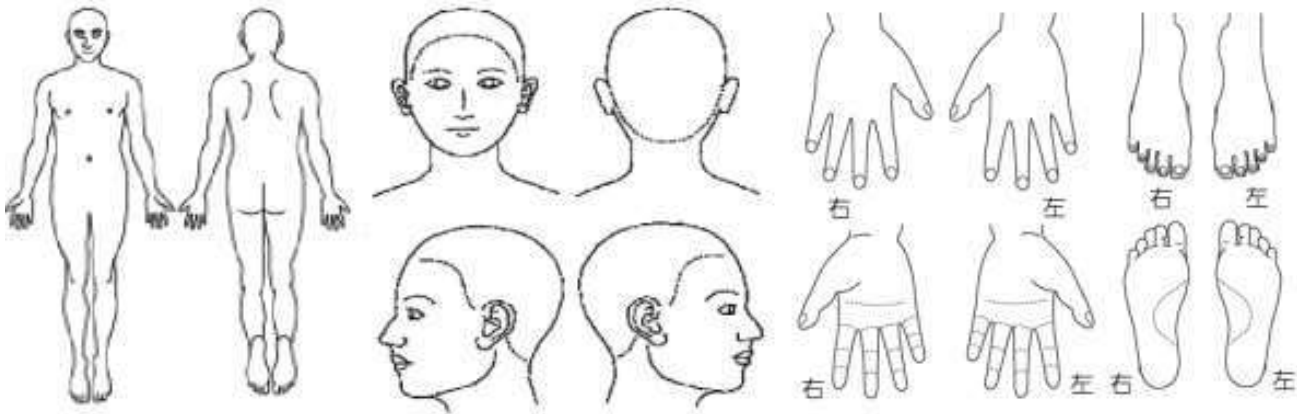


フリガナ	ご住所	〒	—	市・郡
お名前	町			
生年月日	大正・昭和	年	月	日
	平成・令和	(	歳)	
	電話番号			
	体重			Kg

※当院では、シミの除去などのレーザー治療は行っておりません。
また、足爪の矯正処置、爪切り、ウオノメ、胼胝(たこ)の処置は繁忙期(特に夏季)は行っておりません。

①症状のある部位はどちらですか？当てはまる場所に○をつけてください。



②それはどのような症状ですか？当てはまるものに○をつけてください。

アトピー、全身の痒み、じんま疹、ニキビでご相談の方は、裏面下部の★印もご記入ください。

かゆみ・赤み・腫れ・痛み・乾燥・アトピー性皮膚炎の心配・水虫の心配・ほくろ・ニキビ
いぼ/たこの心配・じんましん・爪の変色・巻き爪・やけど・虫刺され・帯状疱疹の心配
その他()

③いつごろから症状がありますか？数字を記入し、当てはまるものに○をつけてください。

() / 日前・週間前・か月前・年前 から

④本日の症状で、ほかの医療機関を受診したことはありますか？

はい(病院名:)・いいえ

⑤症状の心当たりはありますか？

例:何かを触った、化粧品の変更、草刈りをした、水仕事が多い、仕事でよく触るものがある、普段食べないもの・薬剤・サプリメントを摂取した等

はい()・いいえ

⑥ステロイド外用(炎症をおさえる塗り薬)の処方について、ご希望をお聞かせください

医師の判断に任せる・強いステロイド外用を(使いたい/使いたくない)・全てのステロイド外用を避けたい

⑦抗ヒスタミン剤の内服(かゆみを抑える飲み薬)の処方を希望されますか？

はい・いいえ・医師の判断に任せる

⑧アレルギー検査(血液検査)を希望されますか？

はい・いいえ

当院初診の方は
裏面もご記入お願いします

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

⑨今まで治療を受けたことがある病気、または現在治療中の病気はありますか？ → はい ・ いいえ
『はい』の方は下記の当てはまるものに○をつけてください。

花粉症(アレルギー性鼻炎) ・ ぜんそく ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎

糖尿病(HbA1c: %) ・ 前立腺肥大 ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞

結核 ・ 膠原病 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 精神疾患 ・ ガン()

その他()

⑩現在飲んでいる/使っているお薬はありますか？ → はい ・ いいえ

『はい』の方は下記にご記入いただくか、お薬手帳を受付にお出してください。

お薬の名称:

処方された病院:

⑪今までにお薬や食べ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

『はい』の方はお薬や食べ物などの種類を記入し、当てはまる症状に○をつけてください。

・種類: (薬) / 食べ物 ()

・症状: 倒れた ・ 発疹 ・ 息苦しくなった ・ その他 ()

⑫歯の治療などの麻酔(局所麻酔)で気分が悪くなったことはありますか？ → はい ・ いいえ

⑬該当するものに○をつけてください。

車・バイクの運転 (する ・ しない) / 飲酒 (する ・ しない) / 喫煙 (する ・ しない)

⑭ご心配ごとやご要望があればご記入ください。

⑮女性の方はお答えください。

・妊娠中ですか？ → はい → 出産予定日: 年 月 日 ・ いいえ

・授乳中ですか？ → はい ・ いいえ

★アトピーでご相談の方は⑯のご記入をお願いします。

⑯ご家族にアトピー性皮膚炎やぜんそくの方はいますか？ → はい ・ いいえ

『はい』の方はどちらかに○をつけ、その方の続柄に印をつけて下さい。

・アトピー性皮膚炎 → (祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 子)

・ぜんそく → (祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 子)

★全身の痒み・じんま疹・ニキビでご相談の方は⑰～⑳までご記入をお願いします。

⑰毎日の就寝時間は決まっていますか？ はい → (何時間就寝できていますか 時間) ・ いいえ

⑱よく食べるものに○をつけてください。

特になし / 甘いもの ・ 脂分の多いもの ・ しょっぱいもの ・ 辛いもの ・ 野菜 ・ フルーツ

⑲毎日便通はありますか？ → はい ・ いいえ

⑳～㉒は女性のみお答えをお願いします。

㉒月経は順調ですか？ → はい ・ いいえ ・ 閉経

㉒生理痛はありますか？ → はい ・ いいえ

㉒生理時にニキビの悪化はありますか？ → はい ・ いいえ