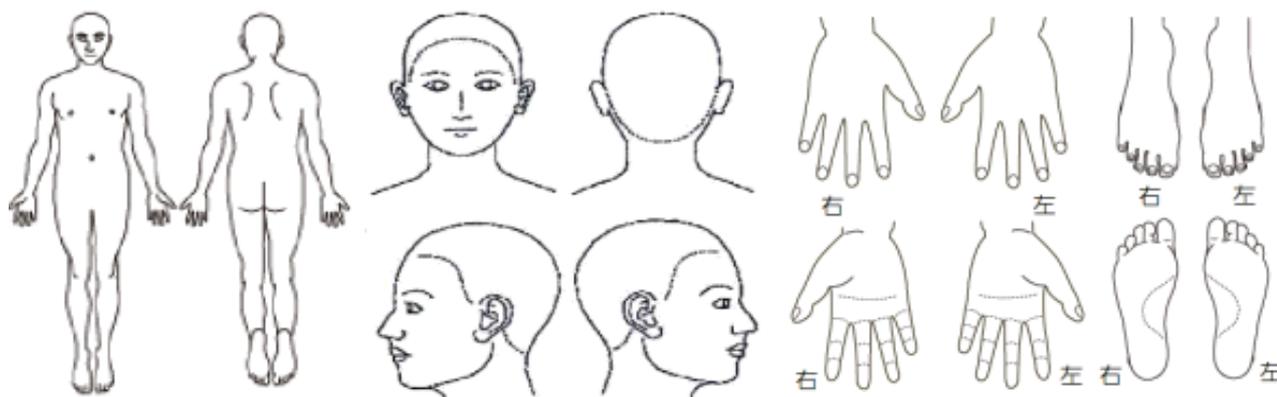


| | | | |
|------|-------|----|---------|
| フリガナ | 〒 | — | 市・郡 |
| お名前 | 町 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 日 |
| | 平成・令和 | (| 歳) 電話番号 |
| | | 体重 | Kg |

※現在、シミの除去などのレーザー治療は行っていません。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)は行っていません。ご了承ください。

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。

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・爪の症状・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上記の症状で、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()

裏面のご記入もお願いいたします。

⑥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。

・お薬の名前:

・処方された病院:

⑦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 ()

⑧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

⑨自動車の運転はされますか? → はい・いいえ

⑩喫煙はされますか? → はい・いいえ

⑪飲酒はされますか? → はい・いいえ

⑫ご心配されていることやご要望があればご記入ください。

⑬女性の方はお答えください。

・妊娠中ですか? → はい・いいえ (出産予定日 年 月 日)

・授乳中ですか? → はい・いいえ

★アトピーでご相談の方は⑭の記入ををお願いします。

⑭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⑮～⑲までご記入をお願いします。

⑮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

⑯よく食べるものに○をつけてください。

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

⑰毎日便通はありますか? → はい・いいえ

⑱ ⑲は女性のみお答えをお願いします。

⑱ ⑱は女性のみお答えをお願いします。

⑱ ⑱は女性のみお答えをお願いします。

⑱ ⑱は女性のみお答えをお願いします。

※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。

問診にご協力ありがとうございます。記入が終わりましたら受付へお渡し下さい。