



※発熱や全身の発疹など具合の悪い方は、受付までお知らせ下さい。

受診日	令和	年	月	日	
ふりがな					性別
氏名					男・女
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	( ) 歳
住所	〒				
電話番号	自宅	( )	携帯	( )	
体重	kg	職業			

(症状が複数ある場合は①、②と番号記載をお願いします。)

1. 皮膚の症状は、今どの場所にありますか？

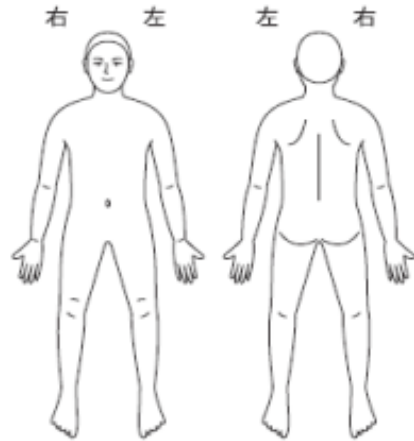
→右図に示して下さい。

2. 症状はいつ頃からありますか？

( 約 年前 / 約 ヶ月前 / 約 週間前 / 約 日前 / 本日 時頃 )

3. どのような症状がありますか？(当てはまるものすべてに☑をつけてください。)

- 痒み(強い/少し)     赤み     痛み     腫れ     乾燥     ぶつぶつ
- じくじく     アトピー     手湿疹     水ぶくれ     やけど     皮むけ
- 虫刺     ニキビ     蕁麻疹     ウオノメ     ヘルペス     イボ
- ホクロ(手術希望: 有・無・相談)     できもの     その他( )



4. 原因として思い当たることはありますか？

はい ⇒ ( )

いいえ

5. 上記症状に対して何か治療をしましたか？(飲み薬・塗り薬 市販薬を含む)

はい ⇒ ( ) ⇒効果 ( あり ・ なし )

いいえ

6. 今までに、薬や食物でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい ⇒ ( )

いいえ

7. 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことはありますか？

( 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 )

8. 車やバイクなど運転されますか？

( 毎日運転する ・ ときどき運転する ・ 運転しない )

9. 今、持病がありますか？あるいは、今までに何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・糖尿病・胃潰瘍

その他 ( ) ・ いいえ

10. 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬を含む) 薬の名前をお書きください。

※多数ある場合はお薬手帳を受付にご提出ください。

はい ⇒ ( )

いいえ

11. 当院は何で知りましたか？

Web検索・当クリニックホームページ・SNS・チラシ・ご家族からの紹介・ご友人からの紹介

医療機関からの紹介・薬局からの紹介・駅の案内・通りがかり・その他 ( )

12. 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性がありますか？

はい ⇒ 判明した日 ( 月 日頃 ) 現在 ( ) 週目 予定日 ( 月 日 ) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

(はい ・ いいえ)

ありがとうございました。