

フリガナ			男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名					年 月 日 ( 才 )
	お子様の場合体重	Kg	職業		
住所	〒 —			電話番号	自宅：
					携帯：

お薬のアレルギーはありますか。

いいえ      はい      お薬の名前：

そのほかアレルギーはありますか

いいえ      はい      内容：

妊娠されていますか      いいえ      はい      出産予定日：      年      月      日

授乳されていますか      いいえ      はい

●本日はどうされましたか。

①どこが（人体図に印をつけてください）

②いつから

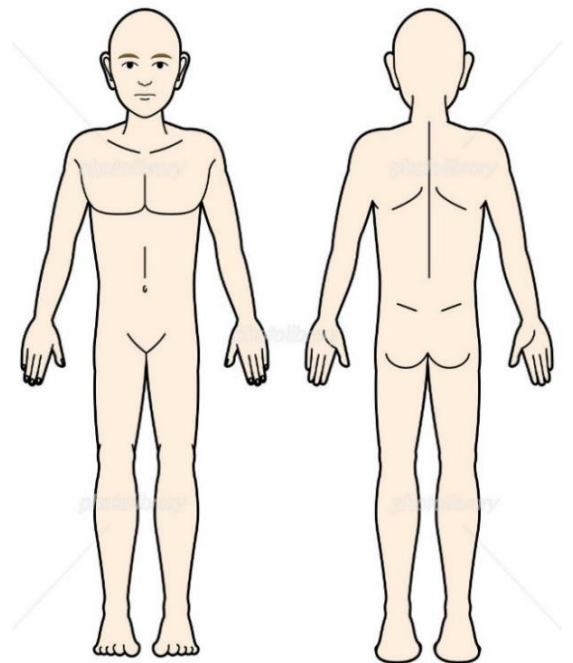
③どのような症状ですか

④今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ      はい

どちらで

どのような



●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

いいえ      はい      高血圧      糖尿病      ぜんそく      緑内障      前立腺肥大

心臓病（      ）      肝臓病（      ）      腎臓病（      ）

アトピー性皮膚炎      皮膚疾患（      ）

その他（      ）

●現在内服されているお薬はありますか

いいえ      はい      ★お薬手帳を医師に提示して下さい★

●当院をどちらでお知りになりましたか

1.知人、友人      2.家族      3.受診歴あり      4.近所、通りすがり      5.薬局

6.インターネット      7.情報センター      8.姉妹クリニック（シオン      ノア      ドゥオ）

9.横浜労災病院（皮膚科      他科）      10.9以外の他病院（      ）      11.その他（      ）