

来院された方へ

(下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい)

ながせ皮フ科

年 月 日

ふりがな		生年月日	年	月	日生
お名前		性別・年齢	男	女	才
ご住所		電話	□なし	-	-
				-	-

1. 受診内容・症状に○印をつけて下さい(○はいくつでも可)。

受診内容	アトピー、しみ、あざ、いぼ、たこ・うおのめ、いんきん・たむし、かぶれ、けむし しっしん、しこり・できもの、じんましん、脱毛、爪、とびひ、にきび 日焼け、水虫、水いぼ、水ぼうそう、やけど、その他()
症状	いたい、かゆい、皮がむける、皮フの乾燥、ジクジク、水ぶくれ

○やけどで受診の方: どこでやけどをしましたか?

(自宅 職場(アルバイト、パート含む) その他())

○顔の診察の方: 本日化粧は? している
症状部位は していない

2. その症状はいつ頃からですか?

3. 症状のある部分に○をつけて下さい。
(右図)

4. 薬で問題が起きたことはありますか? はい
 いいえ
ピリン、ペニシリン
その他()

5. 今までに大きな病気にかかったことがありますか?
 はい ・ いいえ

病名 いく頃ですか?

6. 今までに手術を受けたことがありますか?
 はい ・ いいえ

病名 いく頃ですか?

輸血しましたか? はい ・ いいえ

7. 現在治療中の病気がありますか? はい ・ いいえ
糖尿病、血圧、その他()

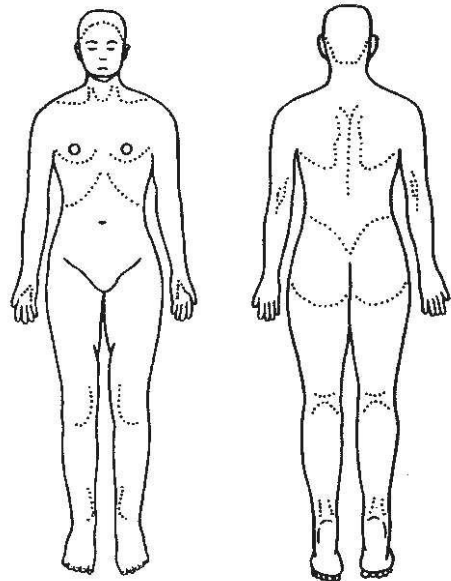
8. 車は運転しますか?
 時々 ・ いつも ・ いいえ

9. 常用している薬がありますか? はい ・ いいえ

10. 現在、妊娠していますか? はい ・ いいえ
妊娠 々月 / 可能性あり

11. 現在授乳していますか? はい ・ いいえ

12. スポーツジム等を利用しますか? はい ・ いいえ



今回の症状について
何か薬を塗ったり、
飲んだりしましたか?

はい ・ いいえ

体重は? (Kg)

混雑時は、待ち時間が長くなることがあります。ご迷惑をおかけしますがご了承願います。