

ふりがな
名前

男・女

住所

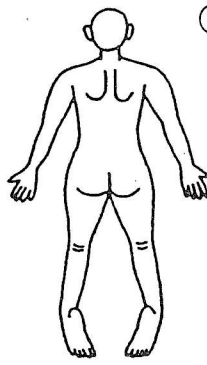
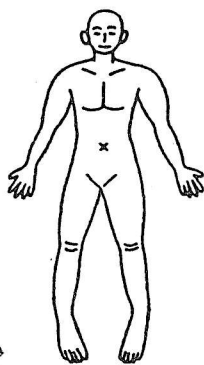
電話番号 () — 携帯 () —

年齢 歳 か月 体重 kg

*12歳以下の方 → ぜんそく及びぜんそく傾向のある方 (はい・いいえ)

*15歳以下の方 → 熱性けいれんやひきつけを起こしたことがありますか? (はい・いいえ)

(1) 具合の悪い所を丸で囲んでください



① 部位 ()

症状 ()

いつから? ()

② その他

(2) 今回の事で

(他の)病院で診察を受けましたか? (はい・いいえ)

飲み薬をもらいましたか? (はい・いいえ)

薬の名前

塗り薬をもらいましたか? (はい・いいえ)

薬の名前

市販の薬を使用しましたか? (はい・いいえ)

薬の名前

(3) 皮膚科以外の病気で、

現在治療中の病気はありますか? (はい・いいえ)

心臓・肝臓・腎臓・高血圧・糖尿病

ぜんそく・緑内障・前立腺肥大・高脂血症

その他 ()

飲んでいる薬はありますか? (はい・いいえ)

*お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

《薬の名前》

(4) 特定の薬や食べ物のアレルギーはありますか? (はい・いいえ)

()

(5) ~女性の方へ~ 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか? (はい・いいえ)

はいの方へ (現在、妊娠 か月) (出産予定日 月 日)

授乳中ですか? (はい・いいえ)

(6) 診療報酬明細書は必要ですか? (はい・いいえ)