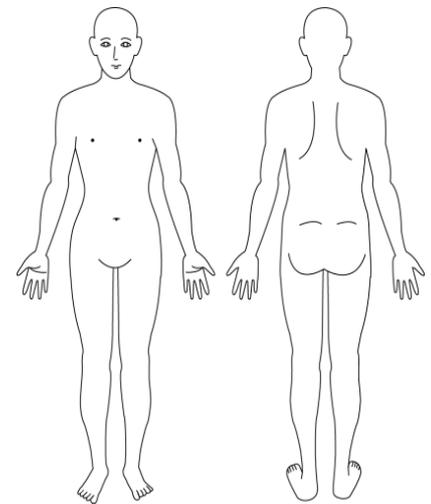


※労災保険指定外診療所です。

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号	()	職業	
体重(お子様)	kg	ジェネリック医薬品希望	希望する・どちらでも良い・希望しない

- 皮膚の症状は、いまどの場所にありますか？(右図に示してください)
- 症状はいつ頃からありますか？ () から
- どのような症状がありますか？
()
- 何か治療しましたか？(市販薬も含む)
はい⇒ () ・いいえ



※お薬手帳は必要あれば診察室にてご提示ください。

- 今までに薬や食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
- 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことがありますか？
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
- 車やバイクなどを運転されますか？
毎日運転する・ときどき運転する・運転しない
- 今、持病がありますか？あるいは、今までになに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・膠原病・糖尿病・胃潰瘍
その他 () ・いいえ

- 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬も含む)
※薬手帳・薬の説明文・薬などお持ちであれば診察室でご提出ください。
はい⇒ ()
いいえ

- ご両親・ご兄弟は病気をもちですか？
はい⇒それはどなたですか？ () アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・その他 ()

- 当院を何でお知りになりましたか？
看板・ホームページ・インターネット・電話帳・その他 ()

- 女性の方へ
現在妊娠中ですか？または、妊娠の可能性ありますか？
はい⇒現在 () 週目 ・いいえ

現在、授乳中ですか？ はい・いいえ

- 当院では保険診療の他に自由診療も行っていますが、何か興味はありますか？
脱毛・しみ・しわ・たるみ・ニキビ跡・毛穴・いぼ・ほくろ・ピアス・プラセンタ注射・にんにく注射