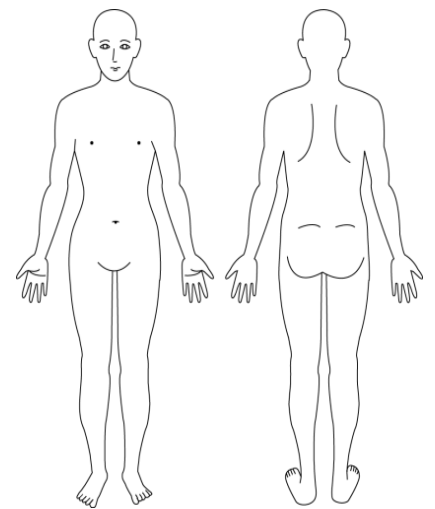


※労災保険指定外診療所です。

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	※先発医薬品を希望の方は、医師にご相談ください。	

- 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

- 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

- 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。本日、相談したい内容はございますか？  
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