

体温 °C

ID:

初めて来院された方へ

事後に保険証の確認が必要になる場合があるため、保険証のコピーを電子カルテに保存させて頂いております。予めご了承ください。
ご職業()

フリガナ _____ 生年月日 _____ (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
氏名 _____ 年齢(満 才) _____ 性別(男・女) _____
住所 (〒 -) _____ ご自宅 TEL () _____
携帯電話 () _____

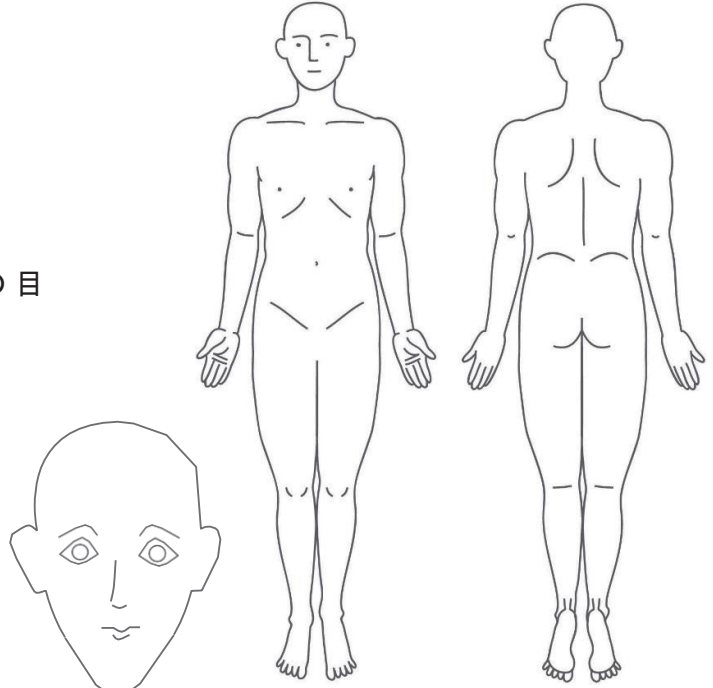
下記の項目について記入 もしくは○で囲んでください。(わかる範囲で結構です)

1. お悩みの部位に○をつけて下さい。 →
●いつ頃からですか？()から
(おおよそでかまいません)

- どのような症状ですか？
ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ
やけど 水虫 にきび いぼ たこ / 魚の目
じんましん アトピー ほくろ しみ
その他()

- かゆみや痛みはありますか？
無い・かゆい・痛い・いたがゆい

- 思い当たる原因はありますか？
薬 / 食べ物 / 化粧品 / 虫さされ /
不明 / その他()



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？
いいえ・はい → 医療機関名() 病名()
治療内容()

3. 現在他に治療中の病気はありますか？
いいえ・はい → アトピー / 喘息 / 糖尿病 / 高血圧 / 前立腺肥大 / 緑内障 / 脳疾患
肝臓病 / 腎臓病 / 心臓病 / てんかん / 熱性けいれん
その他()

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳があれば御提示ください)
いいえ・はい → ()

5. 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？
いいえ・はい → 薬品・食品名()

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳していますか？
いいえ・はい → 妊娠中・授乳中・可能性がある

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ モールでの買い物 家が近い 家族・知り合い() グーグル 電柱広告 内覧会・チラシ

8. その他何かありましたらご記入ください。