

フリガナ				大正・昭和・平成・令和
氏名	男	生年月日	年 月 日 (才)	
	女			
	お子様の場合体重	Kg	職業	
住所	〒		電話番号	自宅：
	-			携帯：

お薬のアレルギーはありますか。

いいえ はい お薬の名前：

そのほかアレルギーはありますか

いいえ はい 内容：

妊娠されていますか いいえ はい 出産予定日： 年 月 日

授乳されていますか いいえ はい

●本日はどうされましたか。

①どこが (人体図に印をつけてください)

②いつから

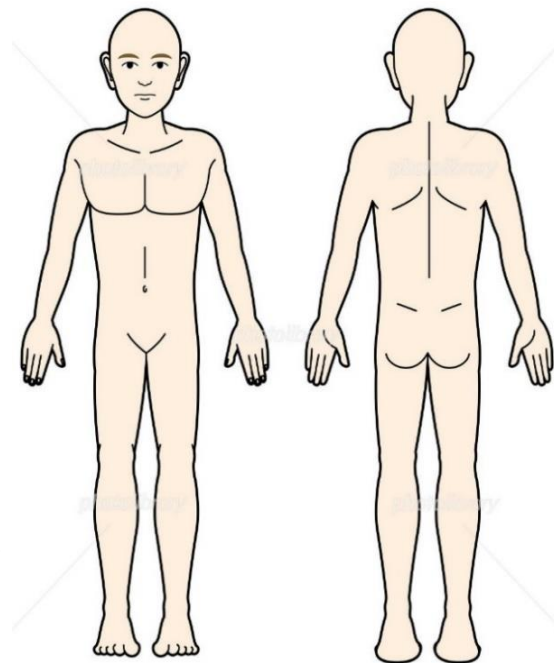
③どのような症状ですか

④今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

どちらで

どのような



●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

いいえ はい 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大

心臓病 () 肝臓病 () 腎臓病 ()

アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 ()

その他 ()

●現在内服されているお薬はありますか

いいえ はい ★お薬手帳を医師に提示して下さい★

●当院をどちらでお知りになりましたか

1.知人、友人 2.家族 3.受診歴あり 4.近所、通りすがり 5.薬局

6.インターネット 7.情報センター 8.姉妹クリニック (シオン ノア ルカ)

9.横浜労災病院 (皮膚科 他科) 10.9以外の他病院 () 11.その他 ()