

フリガナ		職業	
氏名	男 女	生年月日	T・S・H
		年	月 日
住所	〒		
自宅電話 番号		携帯電話 番号	

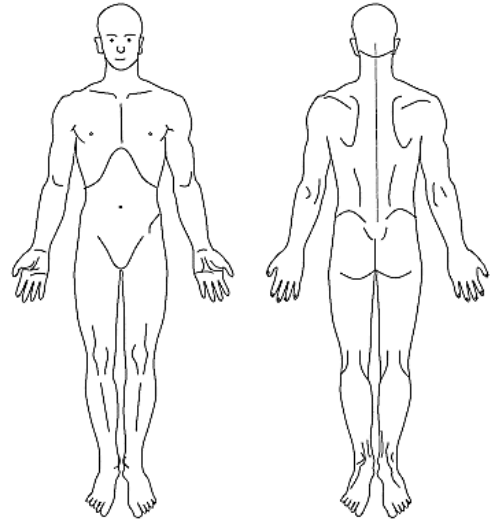
具合の悪いところを具体的に記入してください。

●どこがどのように悪いですか？

●いつからですか

●今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ・はい 年 月 日から
にかかっている。



●過去の病気や治療中の病気があれば、囲んで下さい。

花粉症・アレルギー性鼻炎 (才)、喘息 (才)、膠原病 (才)
 高血圧・心臓病・不整脈 (才)、糖尿病 (才)、肝臓病 (才)
 肺疾患 (才)、腎臓病 (才)、がん (癌) (才)
 その他 (病名：)

手術歴 (才)、結核 (才)

●現在内服している薬 (お薬手帳のコピー可)

●薬の副作用が出たことはありますか。

いいえ・はい お薬名 症状

●女性の方で、現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。 はい ・ いいえ

●何かご質問があれば記入してください

湿疹・アトピー性皮膚炎の方は裏面も→

●乾燥肌ですか？保湿剤を使用していますか？

●入浴はどのように行っていますか？

(石鹸の使用の有無、ナイロンタオル・ボディークラシの使用の有無、お湯の温度など)

●季節により悪化しますか？

●お家で犬、猫などペットを飼っていますか？お家の床はフローリングですか？

●家族に同じ症状の人はいますか？

●今まで他院で外用薬を処方されていた方は、塗り方について詳しく説明された事がありますか？