

ID _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ふりがな _____
お名前 _____ 殿 (男、女) 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生れ
御住所 〒 _____

電話番号 _____ お仕事 _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

a. いつ頃からですか？

(_____)

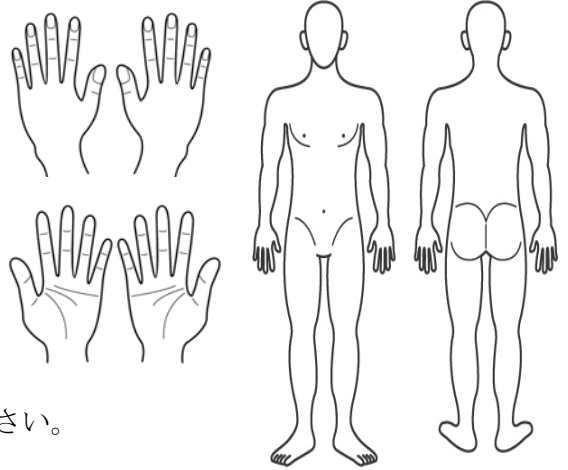
b. どの場所ですか？

右図に○をつけてください

c. どのような症状ですか？

(_____)

(_____)



2. この症状の原因として思い当たる事に○をつけてください。

皮膚の病気の方

原因に思い当たる事がありますか？ (例：薬、食べ物、化粧品、旅行 等) 【はい・いいえ】

「はい」の方 (_____)

手の病気の方

- ①交通事故 ②工作中的ケガ ③スポーツのケガ ④その他のケガ
⑤その他 (_____)

3. 上の症状で現在、あるいは過去に治療を受けていますか？

【はい・いいえ】

「はい」の方・・・病院名 (_____)

治療法 (_____)

4. 上の症状以外に、現在他の病院にかかっていますか？

【はい・いいえ】

「はい」の方・・・病 名 (_____)

治療法 (_____)

5. 今までにかかった病気を○で囲んでください。

糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・リウマチ・膠原病・痛風

喘息・アレルギー性鼻炎・緑内障、その他 (_____)

6. 現在何かの薬を飲んでいますか？

【はい・いいえ】

「はい」の方・・・薬手帳をお見せいただくか、薬の名前をお教えてください

(_____)

7. 今までに食べ物や薬でアレルギーを起こした事がありますか？

【はい・いいえ】

「はい」の方・・・薬や食べ物の名前はわかりますか？ (_____)

8. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ 【はい・いいえ】

授乳中ですか？ 【はい・いいえ】

9. 当院のことはどこでお知りになりましたか？

ホームページ、紹介、他院からの紹介、その他 (_____)