

※インフルエンザ、水ぼうそう、疥癬（かいせん）等の疑い、37.5℃以上の発熱がある方は 必ず受付にお申し出下さい。

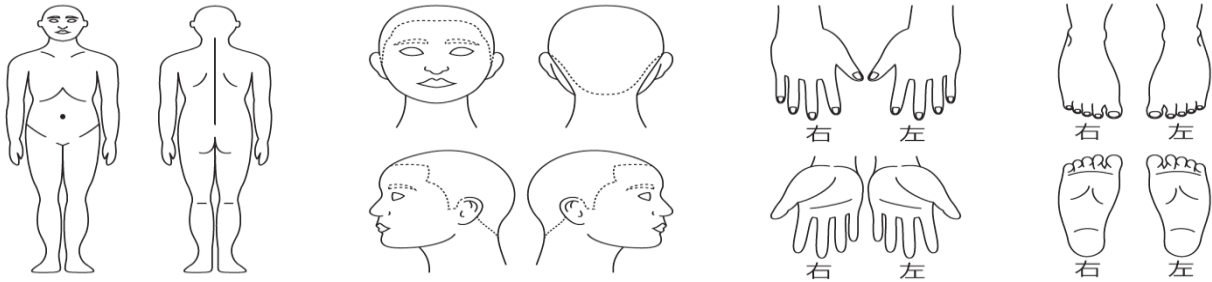
ふりがな	年齢:	歳	体重(12歳以下):	Kg
お名前	様 (男 ・ 女)		職業:	

1. いつから症状がありますか? (今日 ・ 昨日 ・ 日 ・ 週間 ・ ヶ月 ・ 年) 前から

2. あてはまる症状をお選び下さい。(複数可)

- みずぼうそう おたふく 疥癬(かいせん) 湿疹 乾燥 アトピー性皮膚炎 虫刺され
巻き爪・変形 ムパス うおのめ・いぼ あざ 水虫 やけど かゆい 痛み
じんましん にきび しみ ほくろ その他 ()
ピアス(未成年の方は同意書が必要です) アレルギー検査希望 (受付までお申し出ください)

3. 部位 (下の図に印をつけてください)



4. 過去にかかったことのある病気(現在あるもの含む)または、手術の経験があればご記入ください。

- アトピー性皮膚炎 喘息 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風
心臓(病名:) 脳(病名:) その他()
手術 (年 月:)

現在使用している内服薬・外用薬はありますか?(市販薬やサプリメント含む)

疾患名: 薬名:	疾患名: 薬名:
疾患名: 薬名:	疾患名: 薬名:

5. アレルギーはありますか?

- いいえ はい → 花粉 ダニ ハウスダスト 動物
牛乳 乳製品 卵(全除去 ・ 一部除去) その他()
 ※アレルギーで使用している薬があればご記入してください【 】

6. 今まで麻酔や薬で気分が悪くなど、体調を崩したことはありますか?

- いいえ はい → (麻酔:) (薬名:)

7. ご家族にアトピーまたは喘息の方(幼少期も含む)はいらっしゃいますか?

- アトピー: 父 ・ 母 ・ 姉 ・ 兄 ・ 妹 ・ 弟 ・ その他() 喘息: 父 ・ 母 ・ 姉 ・ 兄 ・ 妹 ・ 弟 ・ その他()

8. たばこは吸いますか? いいえ ・ (本/日) お酒は飲みますか? (飲まない よく飲む たまに飲む)

9. 女性の方にお伺いします。妊娠していますか? いいえ はい → (予定日: 月 日)

授乳中ですか? いいえ はい