

※当院では医師事務作業補助者が予診および電子カルテの入力を行っておりますので、ご協力をお願いします。
 ※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。

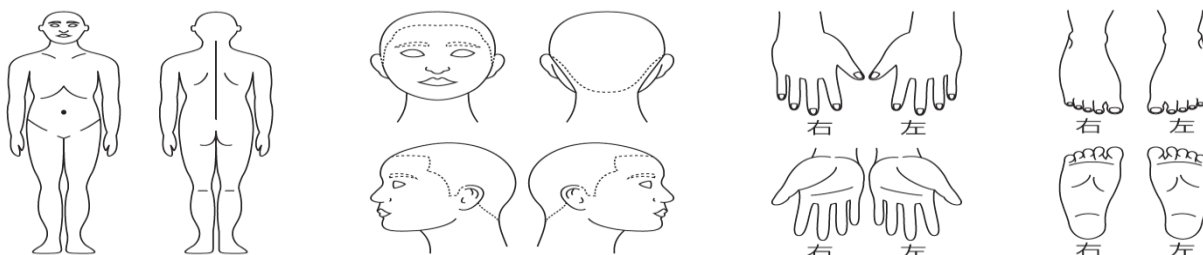
ふりがな	年齢:	歳	体重(12歳以下):	Kg
お名前	様 (男・女)		職業:	

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 爪パズ うおのめ・いぼ あざ 水虫 やけど かゆみ 痛み
じんましん にきび しみ ほくろ その他 ()
アレルギー検査希望 (受付までお申し出ください) 血液型検査希望 (¥2500になります)

3. 部位 (下の図に印をつけてください)



4. 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お薬手帳を診察室でご提示お願い致します。

5. 今まで麻酔や薬で気分が悪くなるなど、体調を崩したことはありますか?

- いいえ はい → (麻酔:) (薬名:)

6. 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 ・兄弟 ・姉妹 ・祖父母

喘息 : ・父 ・母 ・兄弟 ・姉妹 ・祖父母

7. たばこは吸いますか? いいえ はい → (本/日)

8. お酒は飲みますか? (飲まない よく飲む たまに飲む)

9. 現在治療中の病気があればご記入ください また、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・外用薬があれば、薬手帳ご用意の上、診察室にてご提示お願い致します。(市販薬やサプリメント含む)

10. 過去にかかっている病気があればご記入してください(病名のみ)

疾患名:	疾患名:
疾患名:	疾患名:

11. 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