No.　　令和　　年　　月　　日

お名前のフリガナは必ずご記入ください

フリガナ

お名前　　男・女（明・大・昭・平・令）　　年　　月　　日生　　才

〒　　TEL

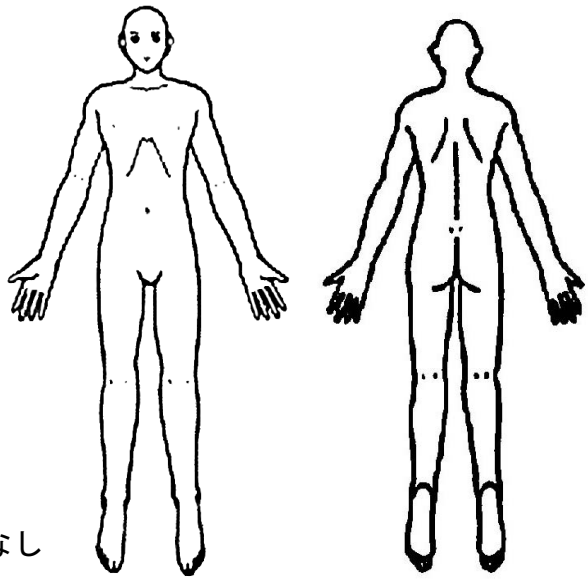
ご住所　　携帯

※１３歳未満の方は体重もご記入願います。（　　kg　・　不明　）

１．本日の受診の目的に〇印をつけて下さい。

アトピー・いぼ・水いぼ・体（又は顔）がかゆい・乾燥肌・肌荒れ・ニキビ・湿疹
かぶれ・じんましん・しみ・皮膚のしこり・水虫・ホクロ・たこ・うおのめ
虫さされ・脱毛・できもの・やけど・水ぶくれ・爪・あざ・　いんきん・たむし
日焼け・膠原病・腫瘍・皮膚がんの疑い・斑点（赤・紫・白）・わきが・性病が心配
その他（　　）

２．その症状はいつ頃からですか？



３．それについて、今までにどこかで治療していますか？

（　はい　・　いいえ　）

４．症状のある部分に〇印をつけて下さい。（右図）

５．薬のアレルギーがありますか？

抗生物質・かぜ薬・痛み止め・他（　　）・なし

６．現在治療中の病気がありますか？

糖尿・血圧・心臓・腎臓・肝臓・脳疾患・その他（　　）　・　なし

７．手術したことはありますか？　　（　はい　・　いいえ　）

８．現在飲んでいる（塗っている）薬はありますか？　（　はい　・　いいえ　）

薬名・・・

９．本日お薬手帳（薬・薬剤情報等）をお持ちになっていますか？　（　はい　・　いいえ　）

10．妊娠していますか？　（　はい　　・　いいえ　）

11．当院を何でお知りになりましたか？

インターネット・知人（家族）から聞いて・電柱広告等・その他（　　）

※当院ではご記入して頂いた情報を診療の目的以外に使用する事はございません。ご安心下さい。