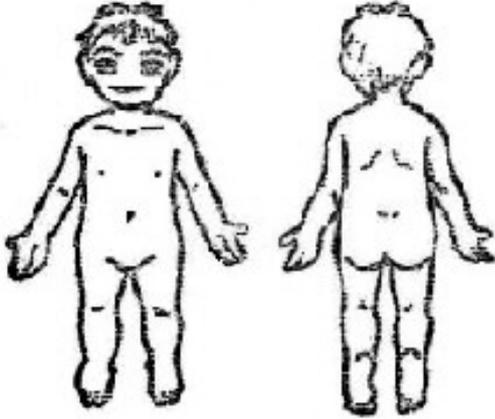


お名前 _____

性別 男 ・ 女

年齢 _____ 歳

1) 症状があるところすべてに
○をつけてください。



2) あてはまる症状をお選びください。

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 乾燥 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> 虫さされ | <input type="checkbox"/> じんましん |
| <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> いぼ | <input type="checkbox"/> うおのめ |
| <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> とげ | <input type="checkbox"/> 膿み |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> しみ | <input type="checkbox"/> あざ |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪 | <input type="checkbox"/> 爪の異常 | <input type="checkbox"/> 水虫 |
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 赤い |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | | |

3) いつから症状がありますか？

※日付がわかれば具体的にご記入ください。

(_____)

4) 定期的、不定期に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を含む)

いいえ

はい

→

*「はい」とお答えの方へ・・・お薬一覧表 または お薬手帳 【あり・なし】

5) 過去にかかったことがある病気(現在あるものを含む)があればご記入ください。

アトピー性皮膚炎 じんましん

アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 喘息

高血圧 糖尿病 コレステロール(中性脂肪)が高い 心臓病

その他(_____)

6) アレルギーはありますか？

いいえ

はい

→ 花粉

食物

ダニ

動物

ハウスダスト

麻酔

薬(_____)

7) 身長・体重をご記入ください。(身長

cm / 体重

kg)

8) 女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい

・授乳中ですか？

いいえ

はい

** 個人情報の取り扱いについて **

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。

当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。

検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。

医療法人社団 丸の内クリニック

上記の内容を同意して診療を申し込みます。