

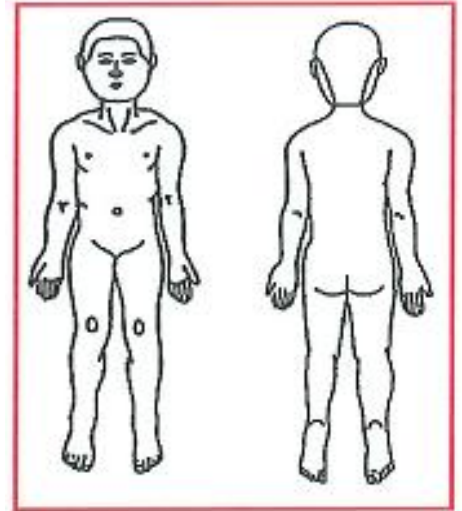
〒 - 住所:

電話 () フリガナ
 患者氏名 男・女 【代諾者署名】

携帯 () 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)

★本日、相談したい内容を教えてください。**場所を右図に書き込んで下さい→**

- しっしん じんま疹 にきび
 アトピー イボ 円形脱毛症
 水虫 その他()



※できものの切除等の当日手術は当院では行っておりません。

★発熱はありますか？ ある(°C) ない

★いつ頃からですか？ ()

★お薬手帳はお持ちですか？

- ある なし
 携帯アプリ 今日は忘れた

★今回の症状について、どこかで治療を受けたことがありますか？

- はい (いつ頃 年 月 日) いいえ
 [◇外用薬 ◇内服薬 ◇手術 ◇その他()]
 [薬名 ()] ※分かる範囲で全てご記入下さい。

★薬のアレルギーがありますか？

- はい (薬名) いいえ
 (どんな症状)

★下記の病気と診断されたことはありますか。

また、現在治療中の病気、大きな病気や手術の経験がありますか？

- はい (緑内障、喘息、糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病) いいえ
 (手術名/病名 年 月)

★血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？

- はい (ワーファリン、パナルジン、アスピリン、バファリン等) いいえ

★現在内服中、外用中、点眼中の薬はありますか？

- はい (具体的に) いいえ

★一週間以内に予防接種を受けていますか。受ける予定はありますか？

- はい (予防接種名: 月 日) いいえ

★女性のみ記入して下さい。現在妊娠されていますか？ はい(予定日) いいえ 不明

★女性のみ記入して下さい。現在授乳されていますか？ はい いいえ

★12歳以下のお子様のみ記入して下さい。

現在の体重 (kg)

★12歳以下のお子様のみ記入して下さい。

お薬は、 粉剤 錠剤 どちらを希望されますか？

《下記は自費診療になります》

★ ピアス