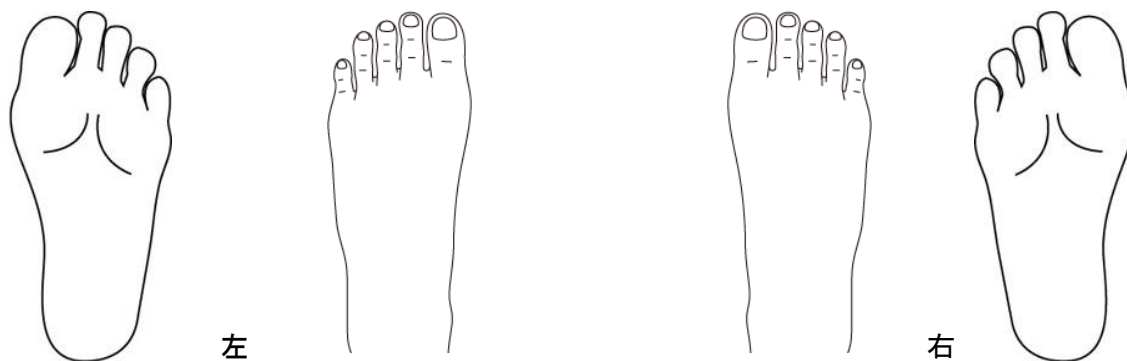
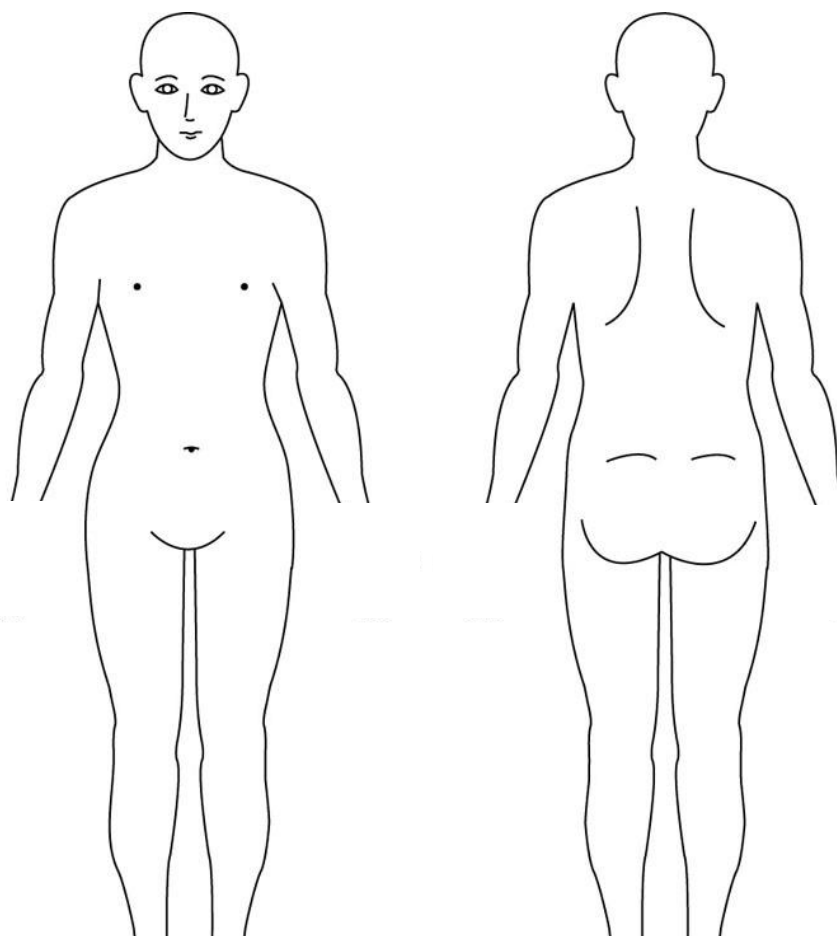
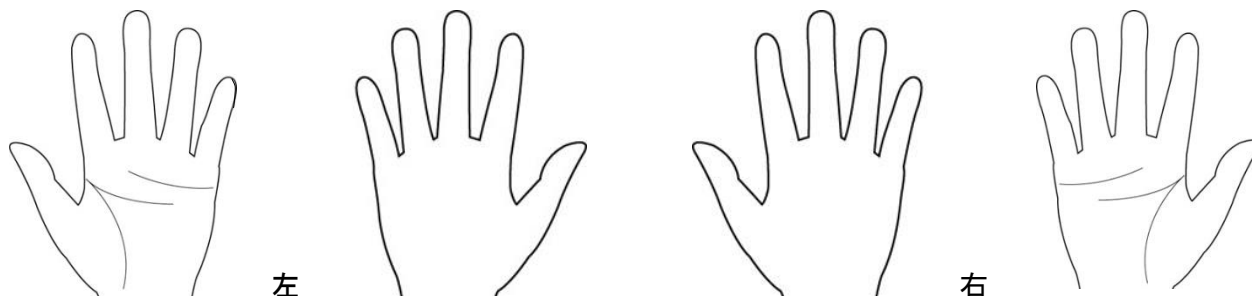


皮膚科外来受診の方へ

◆ 本日診察希望の部位に○をつけてください。



裏面へもご記入お願いいたします。

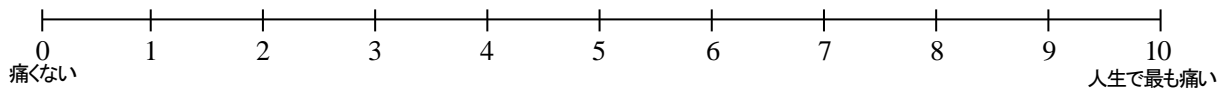
氏名: 年齢: 身長: cm 体重: kg

電話番号: (必要時に病院からの電話がつながる番号をご記入ください)

本日の受診内容についてお答えください。

◆ いつ頃からですか?

◆ どのような症状ですか? かゆみ
 痛み その痛みはどの程度ですか? ○をつけてください。



湿疹
 その他

◆ 上記の症状に対して治療をされていますか?
 している
 していない

◆ 今までにかかったことのある病気についてお答えください。

- アレルギー なし あり
- 喘息 なし あり
- 糖尿病 なし あり (内服薬 インスリン)
- 高血圧 なし あり
- 手術歴 なし あり
- 妊娠の可能性 なし あり
- 授乳中ですか? はい いいえ
- 血液をサラサラにする効果のあるお薬を飲んでいますか? はい いいえ

◆ 現在飲んでいるお薬の名前をご記入ください。
 [.....]

◆ その他、生活習慣についてお答えください。
 喫煙歴 なし あり (1日 本、喫煙歴 年)
 飲酒 飲まない 飲む (週に 回) 飲む機会がある場合のみ

ご協力ありがとうございました。記入後、受付へ提出してください。