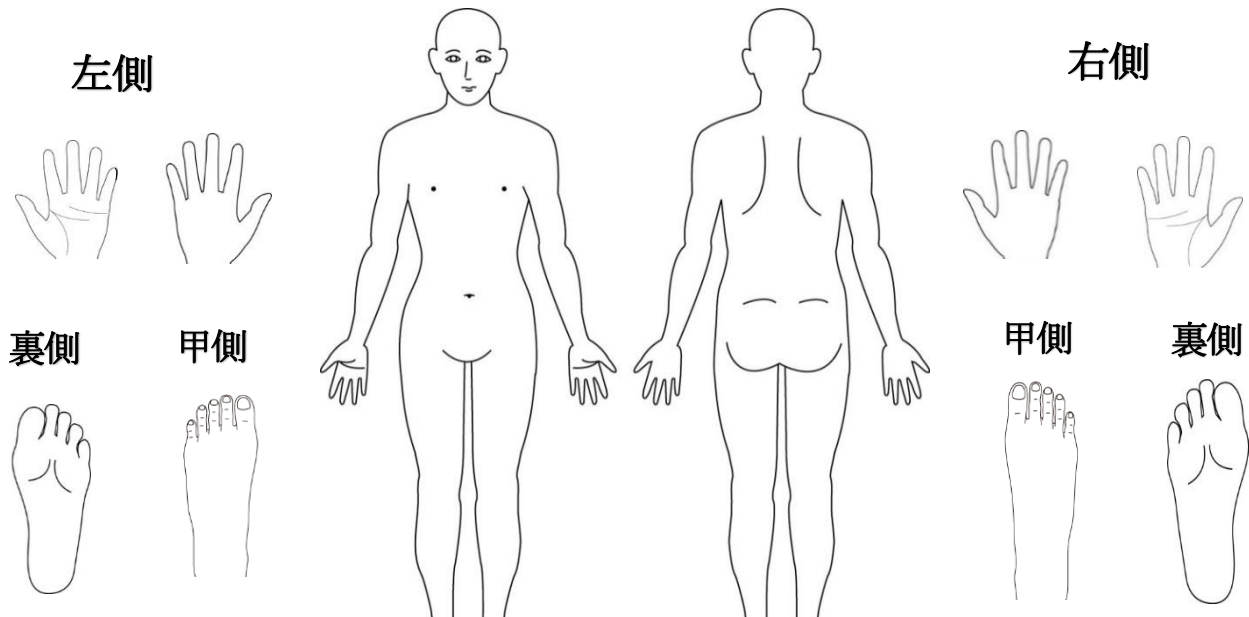


皮膚科外来受診の方へ

氏名：..... 年齢：..... 身長：..... cm 体重：..... kg

電話番号：..... (緊急時や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)

◆ 本日診察希望の部位に○をつけてください。



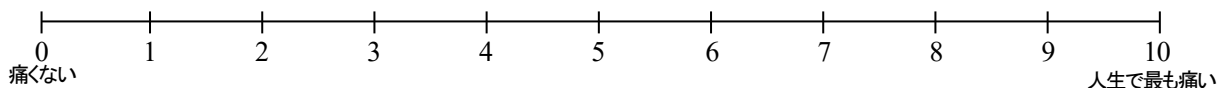
◆ いつ頃からですか？から

◆ 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

◆ 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 (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 (あり→)

妊娠の可能性 なし あり

授乳中ですか？ いいえ はい

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

その他既往歴

裏面へもご記入お願いいたします。

- ◆ 本日、お薬手帳を持参していますか？ はい いいえ

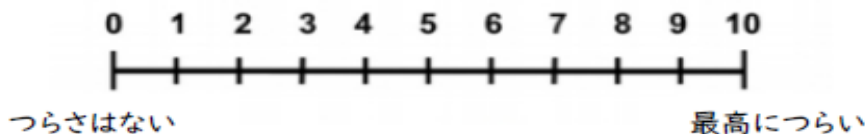
手帳をお持ちでない方は、お薬の名前をご記入ください。当院で処方されたお薬は記入不要です。

- ◆ その他、生活習慣についてお答えください。

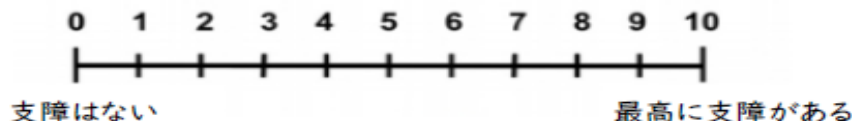
喫煙歴 なし あり（1日 本、喫煙歴 年）
 飲酒 飲まない 飲む（週に 回） 飲む機会がある場合のみ

- ◆ 気持ちのつらさに対してお伺いします。

(1) この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけてください。



(2) その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか。



(3) 現在、当院もしくは他院にて、透析中ですか？ （はい・いいえ）

- ◆ 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。あなたは輸血を受けてもよいですか？ はい いいえ

- ◆ 診療上、客観的に評価させていただくため、写真を撮らせて頂くことがあります。 確認しました
 ご希望されない方は、診察時に医師へお伝えください。

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。