

小児皮膚科受診の方へ

氏名:	年齢: 歳 月	受診日 年 月 日
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)		Tel.

小児皮膚科受診について、お尋ねいたします。わかる範囲のみでお答えください。
(複数回答可。該当する□にチェックをしてください)

- いつからですか? ()
- 部位
 - 頭 耳 首 顔 腕・手 胸部 腹部 背中
 - 腰 足 陰部 全身
- 症状
 - かゆい 痛い できもの あざ
 - 湿疹
 - その他()
- 現在治療をしていますか?
 - あり 病院・医院名()
 - 診断名()
 - 薬()
 - なし
- 他に病気がありますか? あり() なし
- アレルギーがありますか?
 - 薬物 あり()
 - なし
 - 不明
 - 食物 あり()
 - なし
 - 不明
- その他(ハウスダスト・花粉など) あり()
- なし
- 不明

SLIH-2014.04.01-Ver.3.00