

年 月 日

|      |                   |    |     |
|------|-------------------|----|-----|
| ふりがな |                   | 性別 | 男・女 |
| お名前  |                   |    |     |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | 年齢 | 才   |
| ご住所  | 〒 —               |    |     |
| 電話番号 | ご自宅               |    |     |
|      | 携 帯               |    |     |

## \*受診する科

 内科     皮膚科

## \*本日はどうなさいましたか

( )

## \*現在の症状についてあてはまるものに○をつけて下さい。(内科のみ)

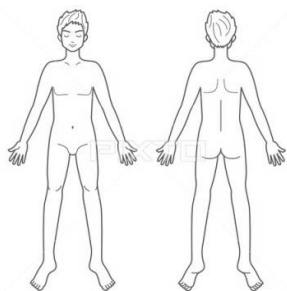
 38℃以上の熱→来院前にお電話ください。

 のどの痛み    咳     痰     鼻水

 嘔吐    下痢    腹痛    頭痛    その他の症状 ( )

## \*皮膚症状(口頭 口顔 口手 口足 口上肢 口下肢 口体幹 口全身)

## \*どの部位に症状がありますか?(皮膚科のみ) \*本日の診察について(皮膚科のみ)


 にきび    ピアス    わき汗・手汗  
 爪         毛髪について  
 陰部       AGA治療について  
 3日以内に全身にでた発疹  
 3日以内の発熱  
 前回の診察の続き  
 アトピー性皮膚炎の新治療

## \*症状が出たのはいつからですか?

 本日～     昨日～     1週間前～     2、3週間前～     1ヶ月前～

## \*今までにかかった病気について

 喘息     じんま疹     アレルギー性鼻炎     心臓の疾患     高血圧

 高脂血症    糖尿病    肝臓病    腎臓病    膠原病    脳疾患    その他
\*現在内服しているお薬が     ある    ない\*今までに薬のトラブルが    ない    ある (ある場合は薬剤名をご記入ください)

薬剤名 ( )

## \*車・バイクの運転

 運転する     運転しない

## \*女性の方へ

 妊娠されていますか

 はい     いいえ     わからない