診 察 申 込 書

平成　　年　　月　　日

ふりがな		男	大正
氏名		女	昭和　　年　　月　　日（　　歳） 平成
住所	（〒　　ー　　）		電話: 緊急時:
職業		身長　　cm,	体重　　kg

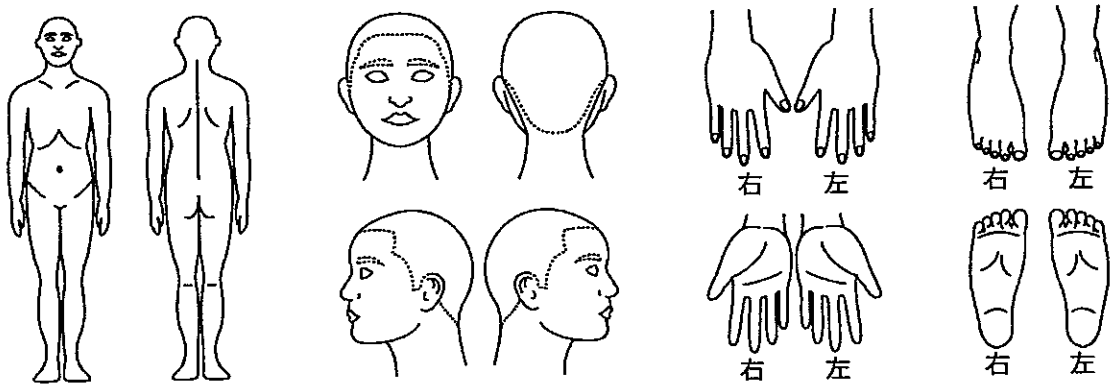
1．いつからどのような症状がありますか。

a. いつから：　　（例）○月△日から、□日前から

b. 症状（○をつけてください）：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、いぼ、ホクロ、きず、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、あざ、その他（　　）

c. その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか？：（はい、いいえ）
はいと答えた方へ
使用している薬の名前：

d. 部位（絵に印をつけてください。）：



2．現在、他に治療中の病気はありますか？　　（はい、いいえ）

⇒「はい」の方は、病名と薬を書いてください。（病名：　　）

［薬：　　］

※診察時に薬手帳をみせていただくのでも構いません。

3．今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎　アレルギー性鼻炎（花粉症）　喘息　糖尿病　心臓病　高血圧

胃潰瘍　肝臓疾患　腎臓疾患　膠原病　前立腺肥大　緑内障　輸血

手術（　　）　その他（　　）

4．薬、食べ物にアレルギーはありますか？　（はい、いいえ）

⇒「はい」の方は、具体的に教えてください。（　　）

5．【女性の方に】現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？

a. 現在妊娠している（　　か月）　b 可能性あり　c 可能性なし

6．当院をどのようにして知りましたか？

a 知人の紹介　b 通りがかり　c ホームページ　d その他（　　）