

◆労働災害、交通事故は対応できません(詳細は受付まで)。◆ご記入いただいた個人情報は厳重に管理されています。
◆記入事項に変更があれば直ちにお申し出ください。 ◆安全の為に身体を固定することがありますがご了承ください。

フリガナ		性別	生 年 月 日 (年齢)		職 業
氏 名		男 女	昭 平 令	年 月 日 (才)	
住 所	〒 -	携帯電話	-	-	体 重 kg
		固定電話	-	-	

♥ 女性の方へ (妊娠中ですか いいえ はい (現在 週)
授乳中ですか いいえ はい (才 ヶ月児)

1、本日の症状は、いつ頃から、その部位は？

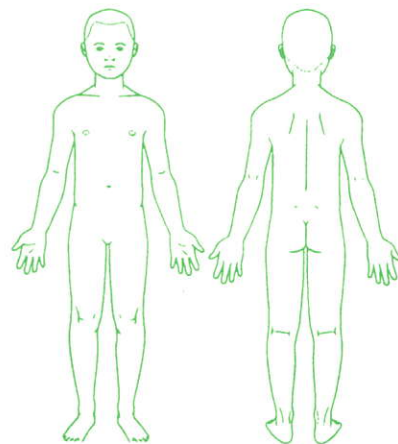
いつ頃から 今日 昨日 3~4日前 1週間前 2週間前 その他()

その部位は 右下の図に○印を付けて下さい

2、本日の症状をご記入ください。

- かゆい 痛い 赤い 発疹(ぶつぶつ)
- アトピー ニキビ 水虫 つめ 脱毛
- イボ タコ・ウオノメ やけど 虫刺され
- その他()

下の図に○印をつけて下さい



3、生活リズム等

- サプリメント・健康食品を使用中 ストレスで下痢
- 便秘がち 食欲ない 不眠 気分がイライラ

4、現在、この症状で何か治療していますか？

また、他の病気で治療中ですか？

- ある…… (病 名:
- ない (病医院名:

5、現在、市販薬を含めて使用中の薬はありますか？ (◆お薬手帳は受付にご提出ください)

- ある…… (薬の名前:
- ない

6、今までにかかった事のある病気は

- アトピー じんましん アレルギー性鼻炎(花粉症など) 喘息 うつ病
- 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 胃潰瘍 熱性けいれん(才)
- 肝炎(B型・C型) 高血圧 心臓病 脳血管障害 その他()

7、薬の副作用

- ある…… (薬の名前:
- ない (その症状:眠気・下痢・便秘・胃痛・薬疹・その他()

8、生活習慣

- たばこ(本/日) 飲 酒(1日量)
- 食物アレルギー() ストレス(なし 多少ある ある)

9、ご 要 望

- ◆ステロイド薬は: 絶対に使用したくない 必要があれば使用する
- 以前の薬が欲しい その他()