

フリガナ			男女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名					年 月 日 ( 才)
	お子様の場合体重	Kg			
住所	〒 —			電話番号	自宅：

**お薬のアレルギーはありますか。**

いいえ はい お薬の名前：

**そのほかアレルギーはありますか**

いいえ はい 内容：

**妊娠されていますか** いいえ はい 出産予定日： 年 月 日

**授乳されていますか** いいえ はい

**●本日はどうされましたか。**

①どこが（人体図に印をつけてください）

②いつから

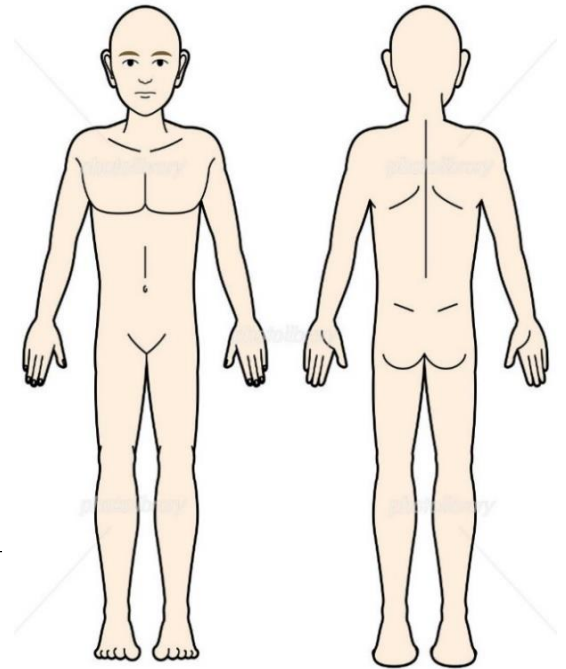
③どのような症状ですか

④今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

どちらで

どのような



**●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか**

いいえ はい 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大  
 心臓病（ ） 肝臓病（ ） 腎臓病（ ）  
 アトピー性皮膚炎 皮膚疾患（ ）  
 その他（ ）

**●現在内服されているお薬はありますか**

いいえ はい ★お薬手帳を医師に提示して下さい★

**●当院をどちらでお知りになりましたか**

- 1.知人、友人 2.家族 3.受診歴あり 4.近所、通りすがり 5.薬局  
 6.インターネット 7.情報センター 8.姉妹クリニック（シオン ルカ ドウオ）  
 9.横浜労災病院（皮膚科 他科） 10.9以外の他病院（ ） 11.その他（ ）