

ふりがな

名 前

男・女

年齢

才

明治・大正

生年月日

昭和・平成

年

月

日

〒

□□□-□□□□

住 所

電話番号

職 業

- ◆ 今日はどうされましたか？ 当てはまるものに全て○をして下さい。  
かゆい・カサカサしている・赤くなっている・痛い・腫れている  
できものがある・その他（ ）

- ◆ それはいつ頃ですか？

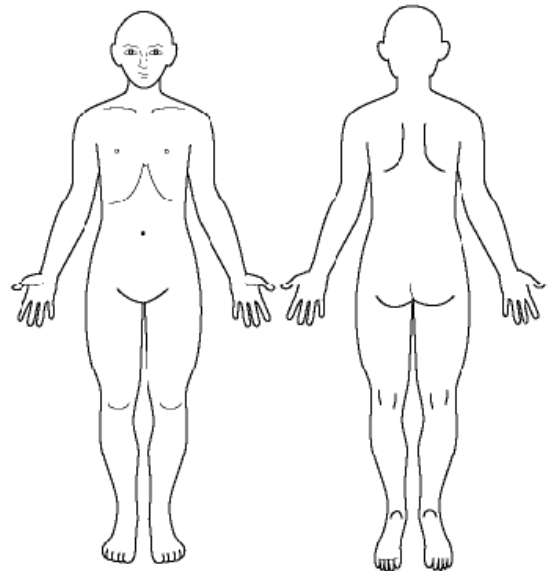
( ) 日前

( ) 週前

( ) ヶ月前

( ) 年前

- ◆ それはどこにありますか？  
右図の場所に○をして下さい。



- ◆ それは今、治療をしていますか？

①していない

②している (自分で/病院で: 病院名 )

- ◆ それ以外で今、治療中の病気がありますか？ ○をつけて下さい。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・アレルギー

・その他 ( )

- ◆ 現在内服しているお薬はありますか？

①なし ②あり (どんなお薬ですか?) ( )

- ◆ お薬のアレルギーが出たことがありますか？

①なし ②あり (どんな薬ですか?) ( )

- ◆ 女性の方へご質問します。現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？

また授乳中ですか？

①なし ②妊娠の可能性あり ③妊娠中(妊娠 週) ④授乳中

- 待ち時間中の外出は可能です。順番までに必ずお戻りください
- 診察番号の状況はリアルタイムでパソコン・携帯から確認することが可能です
- 全ての方に待ち時間を公平に負担して頂くため、順番に遅れられた方はしばらくお待ちいただきます
- やけどや出血、激しいじんま疹、感染症など急患の方は受付にお申し出ください

