

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才)
郵便番号	
ご住所	
お電話番号	

お分かりになる範囲でお答えください。

- ▷気になることはいつ頃からできてきましたか。
- ▷どこにできましたか。
- ▷どのような症状ですか。(かゆい、痛い、できものがある、赤い、はれている など)
- ▷その頃から(徐々に、急に)(よくなっている、悪くなっている、変わらない)。
- ▷そのことでどちらかの病院にかかりましたか。  
はい・いいえ (病院名 )
- ▷現在おかけの病気はありますか。その病気に関してお薬はでていますか。  
ない・ある →お薬手帳をお持ちであれば、ご記入は不要です。お薬手帳をお出してください。  
病名 薬剤名
- ▷それ以外に健康食品、漢方薬、ビタミン剤などを使っていますか。  
使っていない・使っている ( )
- ▷薬に対するアレルギーはありますか。  
ない・ある (薬剤名 )
- ▷アレルギー体質はありますか。(アトピー性皮膚炎・花粉症・喘息・鼻炎・結膜炎、じんましん  
食物、薬疹、かぶれなど)  
ない・ある (原因
- ▷ご婦人の方におうかがいします。  
あてはまる項目があれば○で囲んで下さい。 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中  
ありがとうございました。