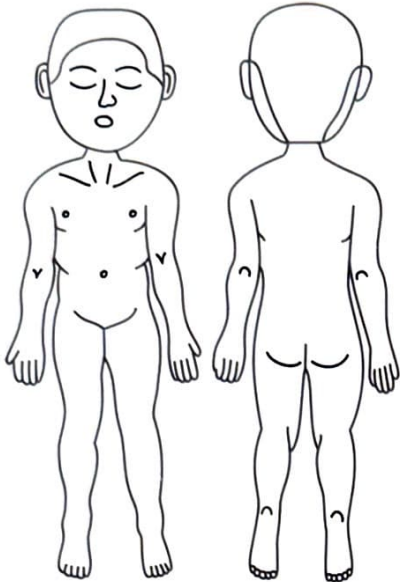


フリガナ			男	大 昭					
氏 名			女	生 年 月 日	平 令	年	月	日	才
住 所	〒					電話 ()		
					携帯 ()			
1. いつからどんな症状がありますか？					職業 (



- a) いつから
- ①約 年 ②約 ヶ月
- ③約 週 ④約 日
- b) 症状
- かゆい・痛い・その他 ()
- c) 部位
- ←左図に○をつけて下さい

2. 現在、病氣中で他の医院にかかっていますか？
- a) はい (病名) (医院名) b) いいえ
3. 今までにどんな病氣にかかったことがありますか？
- a) アトピー性皮膚炎 b) アレルギー性鼻炎 c) アレルギー結膜炎 d) 心臓病
- e) 糖尿病 f) 高血圧 g) 胃潰瘍 h) 腎疾患 i) 肝疾患 J) 喘息
- k) 輸血 l) 結核 m) 前立腺肥大症 n) 緑内障 o) 透析中 p) 蕁麻疹
- q) なし r) その他 ()
4. 現在お薬をのんでいますか？ a) はい b) いいえ
5. 薬のアレルギー又は、薬疹にかかったことがありますか？ a) はい b) いいえ
6. 家族に病氣の人はありますか？
- a) アトピー性皮膚炎 b) じんま疹 c) 喘息 d) アレルギー性鼻炎 e) なし
7. 女性の方に a) 既婚 b) 未婚
- ①現在妊娠している(ヶ月) ②可能性あり ③可能性なし
- ④現在授乳中である(子供 ヶ月)
8. 当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。(医療情報取得加算の算定機関) 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。(はい・いいえ)
9. その他気のついたことがありましたらご記入下さい。