

お名前：_____ 本日の体温：_____℃

※発疹・高熱のある方や伝染病の疑いのある方は、必ず受付にお申し出ください※

共通

- 1 本日はどのような症状でお困りですか。
症状を下記から選び、発症部位を右図に○で囲んでください。

☐ 痛み ☐ かゆみ ☐ 腫れ
☐ 赤み ☐ やけど ☐ 水虫
☐ 虫さされ
☐ その他 { _____ }

- 2 1の症状はいつからありますか。

{ _____ } _____

- 3 何か原因として思い当たることはありますか。

{ _____ } _____

- 4 今回の症状について、これまでに治療を受けたり、薬を使用したことはありますか。

☐ はい ☐ いいえ

治療内容や使用した薬

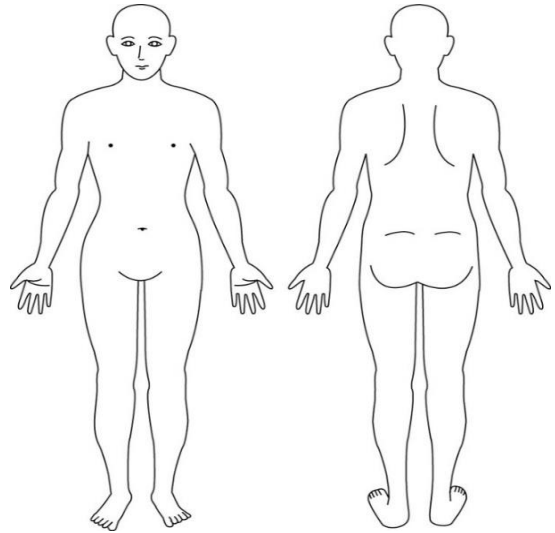
{ _____ } _____

- 5 薬や食品などにアレルギーはありますか。

☐ はい

☐ いいえ

薬、食品名 { _____ }



大人の方のみご記入ください

- 6 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。

☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風・高尿酸血症 ☐ 狭心症・心筋梗塞 ☐ 不整脈
☐ 喘息 ☐ 胃炎・胃潰瘍 ☐ 肝機能障害 ☐ その他 { _____ }

- 7 常用している薬はありますか。（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください。）

☐ はい

☐ いいえ

薬名 { _____ }

- 8 飲酒： ☐ 以前から飲まない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 飲む （1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回）

- 9 喫煙： ☐ 以前から吸わない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 吸う （1日あたり _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年）

女性の方のみご記入ください

- 10 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。

☐ はい

☐ いいえ

- 11 現在、授乳中ですか。

☐ はい

☐ いいえ

お子様のみご記入ください

身長：_____ cm 体重：_____ kg

- 12 今までにかかった大きな病気はありますか。

☐ 気管支喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アレルギー性皮膚炎 ☐ じんましん
☐ その他 { _____ }

- 13 ご家族の病気について

アレルギー性疾患の方はいますか。 ☐ なし ☐ あり ⇒ 続柄 { _____ } 病名 { _____ }

その他の慢性疾患や大きな病気にかかった方はいますか。

☐ なし ☐ あり ⇒ 続柄 { _____ } 病名 { _____ }