

フリガナ		生年月日	12歳以下の方
氏名	男女	年 月 日 (歳)	体重 kg
住所	〒 (電話番号 - -)		

1. 【相談したいことはなんですか？】 ※○を付けてください。(複数選択可能)

かゆい ・ 痛い ・ 乾燥肌 ・ ブツブツ ・ ザラザラ ・ できもの ・ 湿疹

アトピー性皮膚炎 ・ 蕁麻疹 ・ 帯状疱疹 ・ ニキビ ・ 水虫 ・ イボ ・ 魚の目 (タコ) ・ 水イボ

とびひ ・ やけど ・ しもやけ ・ 手荒れ ・ ほくろ ・ 虫刺され ・ ハチに刺された ・ 日焼け

シミ ・ 白斑 ・ 乾癬 ・ 掌蹠膿疱症 ・ 円形脱毛 ・ その他 ()

【工作中 ・ 学校での出来事ですか？】 いいえ ・ はい

2. 【症状が出ている部位】 ()

3. 【いつから症状がありますか？】

今日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヲ月前 ・ () 年前 ・ その他 ()

4. 【過去に当院以外で同じ症状で通院されていたことはありますか？】 いいえ ・ はい

はいの方

【使用していたお薬】 (お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。記入不要)

()

【最後に通院されていた時期】 (年 月頃)

5. 【過去にかかったことのある病気がありますか？】 なし ・ あり

ありの方

喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・糖尿病・肝疾患・腎疾患

その他 ()

【服用されていたお薬】 ()

【病院名】 トヨタ記念病院 ・ 豊田厚生病院 ・ その他 ()

6. 【薬や食べ物などのアレルギーはありますか？】

いいえ ・ はい → (薬・食べ物等 :)

7. 【現在妊娠中ですか？又はその可能性がありますか？】

いいえ ・ はい (妊娠 ヵ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中

8. 【当院をどのようにしてお知りになりましたか？】

知人の紹介 ・ 家族 ・ 広告看板 ・ 近所だから ・ ホームページ ・ SNS ・ その他 ()