

《皮フ科》診療申込書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男女	年 月 日
住所 〒			
電話番号	自宅	携帯	
学校・会社名		電話番号	
薬で飲めないものはありますか？		錠剤	粉 液体 その他(具体的に)
現在または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病 腎臓病 胃潰瘍 肝臓病 糖尿病 喘息 脳梗塞 リウマチ 痛風 がん その他()			
過去にアレルギー症状が出たことはありますか？		なし	あり
ありの方はあてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に)			
お酒(1日 本)	喫煙(1日 本)		
女性の方→妊娠の可能性	なし	あり(未確認)	現在妊娠中(月)
授乳中ですか？	はい	いいえ	
診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。		竹村	本田
当院を何でお知りになりましたか？ インターネット・看板・広告・紹介者(名前)			
保険証の複写をとらせていただくことに同意いたします。			氏名
マイナンバーカードの薬剤情報などの提供について同意します。			氏名

本日の診療目的についてあてはまるものに○印を付けて下さい。

- () 他院処方薬希望 … 薬剤名をご記入下さい
薬手帳・薬局用紙 あり なし (薬剤名)
- () 今の症状について治療希望 … 下記へご記入ください

1.いつから症状が出ましたか？

24時間以内 1週間 1カ月～半年前 1年前 1年以上前

2.今の症状にあてはまるものは？

かゆみ 痛み 熱感 むずむず感 かさつき ジクジク

ヒリヒリ 花粉症状 鼻炎 腫れ

その他()

3.症状のある部位はどこですか？右図に○印をつけてください。

4.必要あれば検査を希望しますか？ はい いいえ

5.治療歴はありますか？ ある ない

《あるとお答えの方へ》

あてはまる疾患に○印をつけてください

乾癬 掌蹠膿疱症 白斑 アトピー性皮膚炎 円形脱毛症

上記疾患について紫外線治療を希望しますか？ する しない

