

診察を受けられる方へ（ヒフ科）

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日 明大昭平	年	月	日
お名前	性別 男・女	年齢	歳	職業：

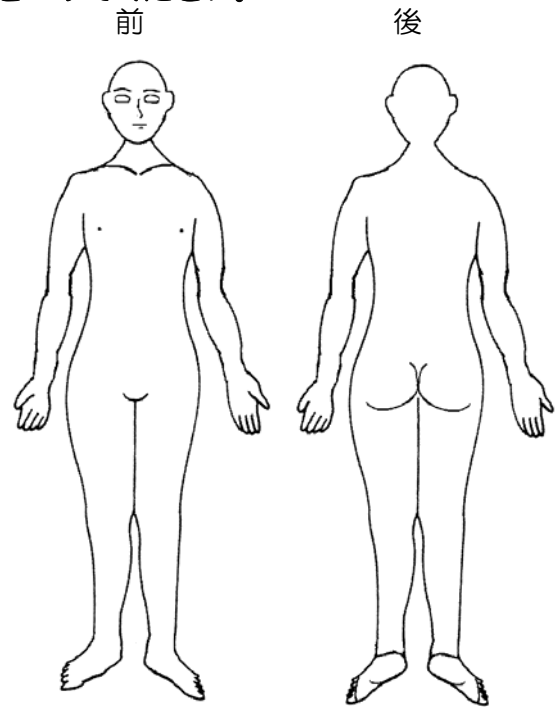
ご住所 〒 _____
TEL _____ () _____ 身長 _____ cm 体重 _____ . _____ kg

1、診察内容についてあてはまるものに○をつけてください。

一般皮膚疾患（右以外） ・ ニキビ ・ しみ ・ AGA ・ 巻き爪

2、当院を受診したことがある方は、当てはまるものに○をつけてください。

- 前回とは違う症状が出てきた。
- よくなったが、また悪くなった。
- 治療を受けていた事があるが、以前と同症状。
- 当院で治療を受けていたが、薬がなくなった。
- その他： [_____]



2、どの部位でしょうか？(右図に○をつけてください)

3、どのような症状ですか？

- ① 症状なし
- ① 痛い（非常に痛い・痛い・少し痛い）
- ① 痒い（非常に痒い・痒い・少し痒い）
- ② 症状のピークは（ _____ 日前・今）

4、その症状はいつからですか？

5、現在、その病変に対して何らかの治療をしていますか？

していない → [_____]
している → [_____]

6、その他治療中の病気とそれに対する薬がありましたら記入して下さい。

病気① → (_____)
病気② → (_____)
病気③ → (_____)

7、女性の方のみ： 現在妊娠中ですか？ (いいえ・はい) : _____ ヶ月)
現在授乳中ですか？ (いいえ・はい)

8、アレルギーはありますか？

無 アトピー 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 薬(_____)

9、緑内障、前立腺肥大を言われたことはありますか？ (なし・あり)

10、質問はありますか？