

はじめての患者さんへ

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住所	
TEL	自宅
	携帯
e-mail	@

① 症状のある場所はどこでしょうか？

頭・顔 首 上肢 胸 腹 背中 臀部 下肢 手足

② 症状が出たのはいつですか？

()

③ 何か治療をしましたか？

はい(皮膚科で・皮膚科以外で・薬局で・自分で) ・ いいえ

④ 今までにかかったことのある皮膚の病気はありますか

はい(はしか・水疱瘡・風疹・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・いぼ・ヘルペス・その他())

いいえ

⑤ 今までに大きな病気をしましたか？

はい(結核・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・喘息・アレルギー性鼻炎・結膜炎・扁桃炎・胃十二指腸潰瘍
緑内障・前立腺肥大症・悪性腫瘍・その他())

⑥ 薬について

① 薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

はい(薬名)・いいえ

② 薬を飲んで発疹が出たことがありますか？

はい(薬名)・いいえ

③ 塗り薬 消毒薬 湿布 化粧品などでかぶれたことはありますか？

はい(名前)・いいえ

⑦ ジェネリック医薬品を希望しますか？

はい ・ いいえ ・ 説明を聞いて決めたい

⑧ 2週間以内に風疹 はしか 水疱瘡などの方との接触がありましたか？

はい ・ いいえ

当院では患者様の個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでいます。

頂いた情報は当院における医療行為 他院や薬局などとの連携 検体検査 診療請求などに利用させていただきます。

ご不明な点はお申し出ください。