



年 月 日

皮膚科外来受診の方へ

(※ご記入後、皮膚科の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

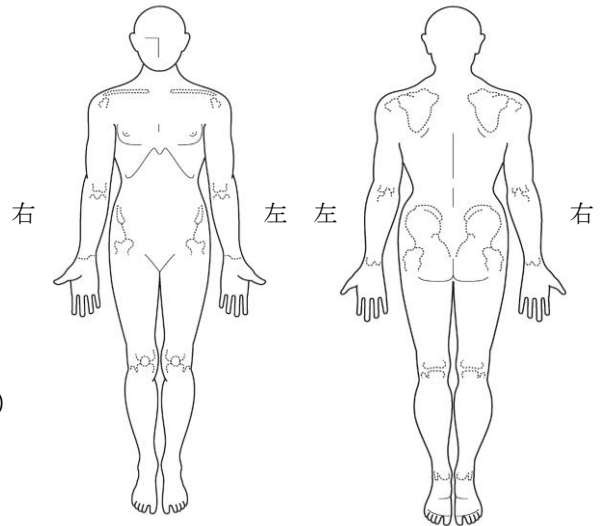
氏名 \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

男 / 女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 / 身長 \_\_\_\_\_ cm / 体重 \_\_\_\_\_ kg

■発疹やできものはどこにありますか？  
その部位に○印または ⊗印をつけて下さい。

■いつごろからですか？

■次のような症状はありますか？  
 なし  あり  かゆみ  
 いたみ  
 その他( \_\_\_\_\_ )



■以前に当院皮膚科の診察を受けたことがありますか？  
 ない  ある ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

■今回当科を受診する件で他院にて治療を受けていますか？  はい  いいえ

■他院からの紹介状はありますか？  なし  あり (病医院名: \_\_\_\_\_ )

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。  
 喘息 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 その他 (病名: \_\_\_\_\_ )

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？  
 なし  あり 病名: \_\_\_\_\_  
 いつ頃: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか？  
 なし  あり 薬品名: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。  
 薬品  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 食べ物  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )  
 その他  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )

■ たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた  
 (1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)  
 アルコール  飲まない  飲む (種類: \_\_\_\_\_、1回 \_\_\_\_\_ 杯、 毎日  時々  月2~3回)

■女性の方へ  
 妊娠している可能性は？  ない  ある