

フリガナ
名前 _____ (オ) **職業** _____
 (代筆者氏名 続柄)

1・本日はどのようなご相談で来られましたか？

a)いつから()

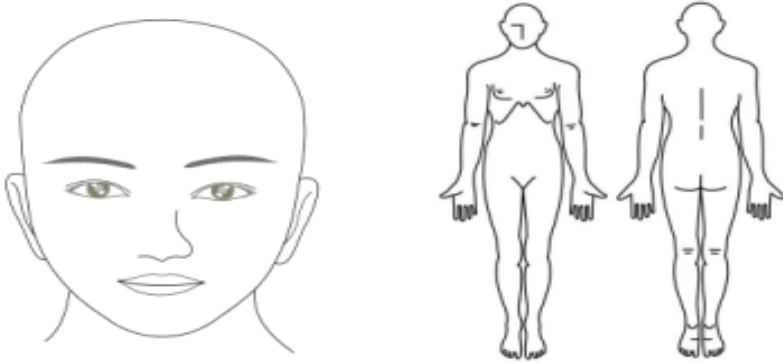
b)症状

- かゆい 痛い 腫れ 水泡が出来ている 湿疹・かぶれ じん麻疹
アトピー にきび 水虫 イボ ほくろ できもの その他()

(自費) お化粧をされている方は、診療前に洗顔して頂くことがあります。前もってお申し付けください。

- しみ しわ・たるみ 毛穴 レーザー脱毛(わき・うで・足・かお・その他)
化粧品希望(男性型脱毛症

c)症状のある部位:下の図に印をつけてください



お子様のみ 体重

 Kg

c)上記の症状に対して治療を受けたことはありますか？

はい→	いつ?	治療内容	*お薬手帳・一覧がありましたらお出しください。
いいえ	どちらで?		

2・現在、他に治療中の病気はありますか？

はい→ (病名) (治療内容)
 (お薬名)

いいえ *お薬手帳・一覧がありましたらお出し下さい

3・いままでに病気にかかったり治療を受けたことがありますか？

- はい→ アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) ぜんそく 糖尿病 高血圧
 いいえ 心臓病 胃潰瘍 肝臓疾患 腎疾患 前立腺肥大 緑内障
手術() その他()

4・ご本人にアレルギー疾患はありますか？

はい→ 食べ物() くすり・注射()
 いいえ

5・家族の方にアレルギー疾患はありますか？

はい→ (父・母・兄弟) アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) ぜんそく
 いいえ その他()

6・今までに局所麻酔をして気分が悪くなったことがありますか？

はい→ (年ごろ)
 いいえ

(女性の方に)

- 7・現在、妊娠の可能性はありますか？** はい いいえ
8・現在授乳中ですか？ はい いいえ