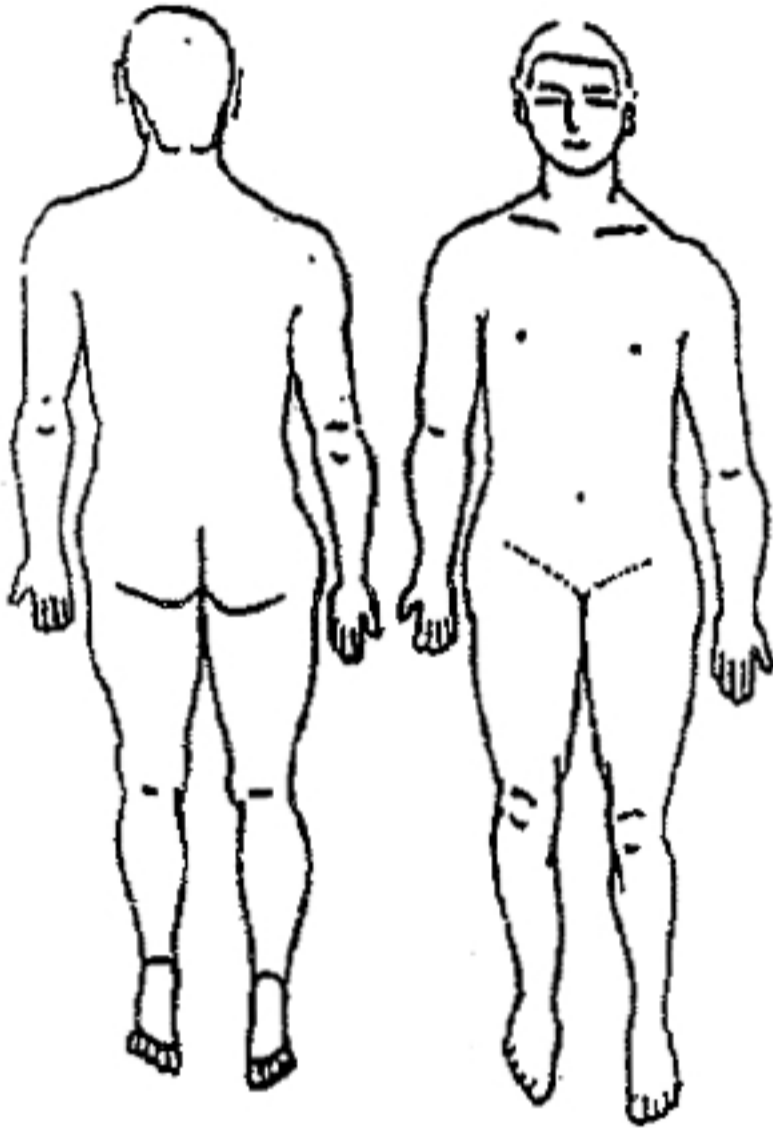


ふりがな	
氏名	

子供のみ
体重
kg

妊娠中の方
妊娠
か月

① 診察して欲しい所全部に○印をつけて下さい。



② あてはまるものに○をして下さい。

1) いつからできていますか？

- ・ 今日
- ・ () 日前
- ・ () ヶ月前
- ・ () 年前

2) どんな症状ですか？

- ・ かゆみ
- ・ 痛み
- ・ その他
- ・ ニキビ
- ・ 化膿している
- ・ ヤケど

()

④ 現在、他の病気で治療を受けたり、薬を飲まれたりしていますか？ 1) はい 2) いいえ

はいの方にお聞きします。

- ・ それは当院処方薬のみですか？ 1) はい 2) いいえ
- ・ お薬手帳はお持ちですか？

1) はい → お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。

2) いいえ → 薬の内容が分かればお書き下さい。

()

・ 病名は何ですか？

()

⑤ これまでに薬を飲んだり、注射を受けたりして、発疹がでたり

他に異常があったことはありますか？

- 1) はい (薬の名前)
- (どんな異常でしたか？)

2) いいえ