

お名前

生年月日

年齢

才

住所

電話

職業

体重

kg

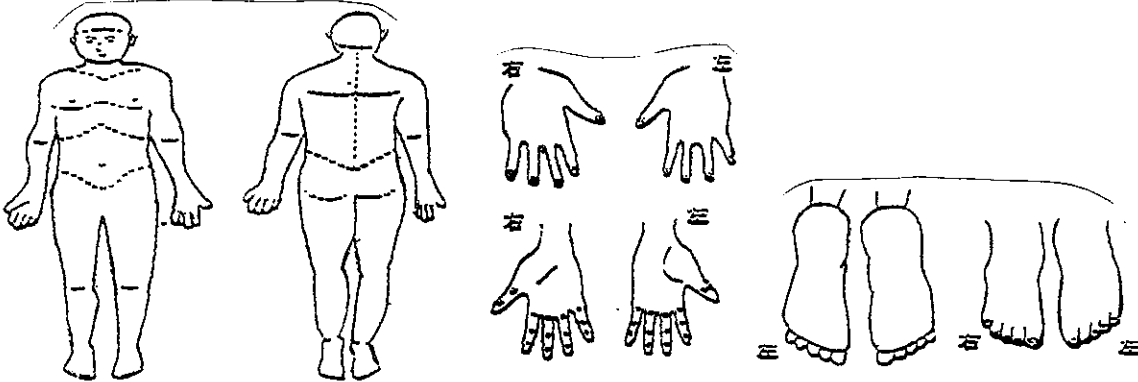
❖ 当院へいらしたきっかけはなんですか？ (○印をしてください。)

- 1、広告→ (チラシ、アエルデ) 2、駅看板→ (葛西駅、一之江駅、船堀駅) 3、電柱
- 4、インターネット 5、知人 6、その他 ( ) 7、光治療など自費美容相談

❖ 皮膚の症状についておたずねします。(当てはまるものに○印をつけてください。)

<症状> かゆい 痛い ぶつぶつ じくじく  
 その他 ( )

<場所> 症状のある場所を、下記の図に○印をつけてください。



<いつ頃から症状が出てきましたか？>

( ) 年前～、( ) ヶ月前～、( ) 週間前～、( ) 日前～  
 生まれつき、分からない

❖ このことで何か治療をしていましたか？ ( はい ・ いいえ )

はいの方  
 ↳具体的には

❖ 現在、他のご病気で治療を受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

はいの方→ 心臓病、高血圧、腎臓病、胃腸病、肝臓病、糖尿病、結核、喘息  
 ( ) 癌、その他 ( )

\* タバコは吸いますか？ ( はい → 一日 本 ・ いいえ )

\* 飲んでいる治療薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )

はいの方→ 薬の名前 ( )

❖ 車の運転をされますか？ ( はい → ( 欄/日 ) ・ いいえ )

❖ 今までに緑内障または眼圧が高いといわれたことがありますか？

( はい ・ いいえ )

❖ 今までに薬のアレルギー(合わない薬)はありますか？ ( はい ・ いいえ )

はいの方→ (薬の名前: )

❖ (女性の方へ) 現在妊娠中ですか？ ( はい → (第 週) ・ いいえ )

\* 授乳中ですか？ ( はい → ( 回/日 ) ・ いいえ )

❖ (男性の方へ) 今までに前立腺肥大といわれたことはありますか？

( はい ・ いいえ )