

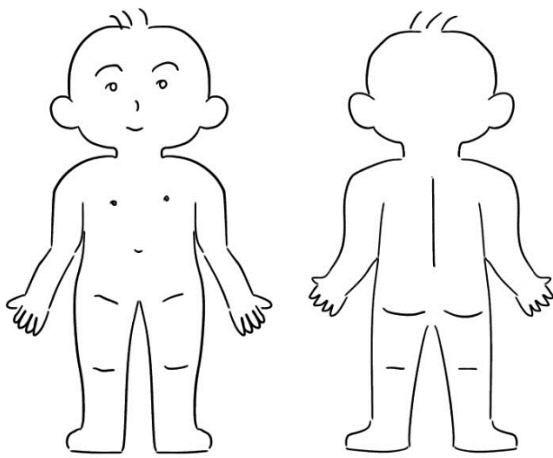
わかまつ町皮ふ科 診察申込書

年 月 日

フリガナ		男				
氏名		女	生年月日	年	月	日 才
住所	〒	電話番号 自宅 携帯				
職業		身長	cm	体重	kg	

1. 診察を受ける皮ふ病についてうかがいます

- ①いつからできましたか () から
- ②どんな症状ですか (○印をつけて下さい) かゆい、痛い、腫れている、赤い、できもの (ほくろ)、皮ふ癌が心配、水ぶくれ、水虫・ニキビ その他 ()
- ③体のどの部位にできていますか (絵に○印をつけてください)



- ④今の皮ふ病を他の病院で治療しましたか (はい ・ いいえ)
病院名 () 薬 ()

2. 女性の方で該当する方は○印をつけてください

- ①妊娠をしている () ヶ月) ②妊娠する予定である ③授乳中

3. 今までかかった病気、治療した病気に○をつけてください

- ①糖尿病 ②心疾患 (心筋梗塞、狭心症など) ③高血圧 ④脳梗塞、脳出血 ⑤喘息
- ⑥アレルギー性鼻炎、花粉症 ⑦膠原病 ⑧胃潰瘍 ⑨肝疾患 ⑩腎疾患 ⑪前立腺肥大 ⑫緑内障
- ⑬癌 (部位) ⑭その他

- 4. 皮ふ病以外で何か治療を受けていますか (はい ・ いいえ)
病名 () 病院名 ()
薬 ()

- 5. 薬や食べ物でアレルギーや異常があったことがありますか (はい ・ いいえ)
薬、食べ物 ()

6. 他にお気づきの点がございましたらご記入ください

*記載して頂いた情報は薬局と共有させていただきます