

フリガナ		男	生年月日	体重
氏名		女	年 月 日 才	Kg
住所	〒	TEL 自宅 携帯		*小児のみ

記載して頂いた情報は薬局と共有させていただきます

本日の受診についてお答えください

◆ いつからですか ()

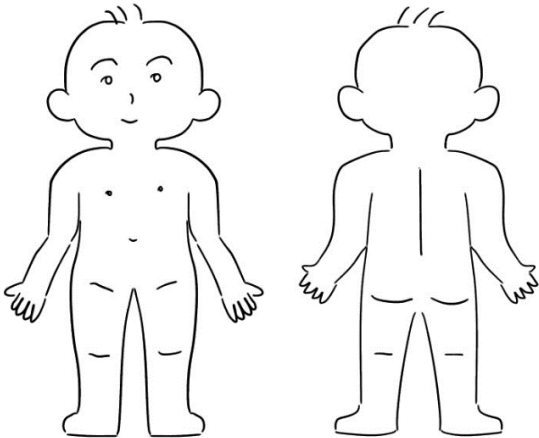
◆ どのような症状ですか

かゆみ 痛み 湿疹 アトピー性皮膚炎 やけど にきび 水虫 いぼ みずいぼ

ほくろ できもの 癌が心配 みずぼうそう 疥癬 花粉症 アレルギー検査希望

その他 ()

◆ 部位 (絵にしるしをつけてください)



◆ 治療を受けたことがありますか はい (わかる範囲で薬をご記入ください) いいえ
() 薬手帳参照

◆ ステロイド軟膏について

必要なら使用しても良い 絶対に使用したくない→**ご相談ください** わからない

◆ 今までかかった病気はありますか

糖尿病 心臓病 高血圧 脳梗塞 胃潰瘍 肝臓病 腎臓病 膠原病

喘息 アレルギー性鼻炎、花粉症 前立腺肥大 緑内障 メンタルの病気

癌 () その他 ()

◆ 現在使用している薬を簡単にご記入ください

() 薬手帳参照

◆ 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、食べ物の名前 ()

◆ (女性の方に) 妊娠をしている 妊娠する予定である 授乳中 →**ご相談ください**

◆ 他にお気づきの点がございましたらご記入ください