

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

記載して頂いた情報は薬局と共有させていただきます

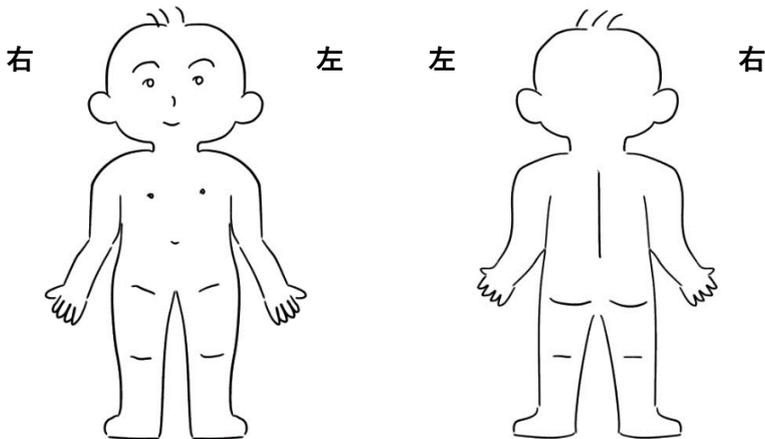
本日の受診についてお答えください

◆ いつからですか ()

◆ どのような症状ですか

- かゆみ 痛み 湿疹 アトピー性皮ふ炎 やけど (勤務中のやけど) 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 AGA 治療 (自費)
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 *マイナンバーカードで同意あれば記載不要
() 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