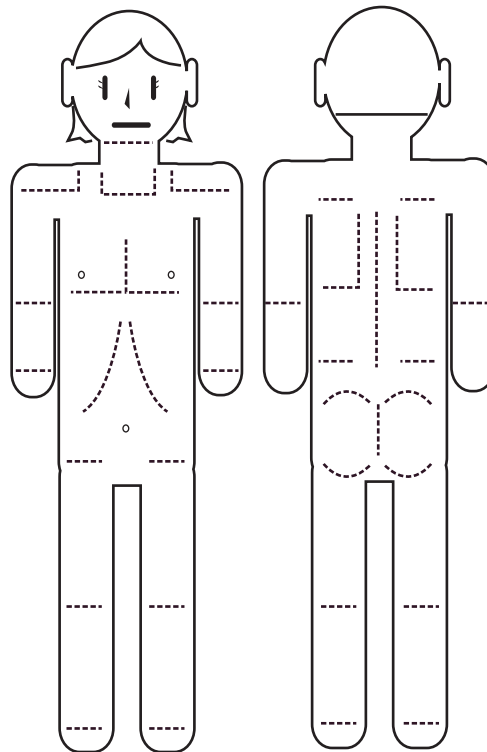


# 診療申込書

平成 年 月 日

フリガナ		女性
お名前		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	
ご住所		
TEL	携帯	
以前、当院に受診したことがありますか	ない	ある (いつ頃)
現在、服用している薬がありますか	ない	ある (病名)
過去の病気	ない	ある
薬の副作用	ない	ある
アレルギー	ない	ある
血縁関係 (実際に血の繋がりのある方) のアレルギー	ない	ある
現在妊娠の有無	ない	ある
医療費明細書の発行	要	不要

# 皮膚科問診票



1. どのような症状で  
ご来院されましたか？

発赤(紅斑) かゆい  
痛い しこり  
皮膚(毛・爪を含む)の異常  
その他( )

2. その部位を左図に印で  
付けてください

3. それはいつ頃からですか

生まれたときから  
年前から  
ヶ月前から  
日前から

4. そのために飲んだり塗って  
いるお薬はありますか？

・ なにかご希望がありましたら、記入して下さい。