

はじめて受診される方へ

カルテ No. _____

フリガナ

名 前 _____

性別（男・女）

生年月日（大・昭・平） 年 月 日 年齢 _____ 才

住 所 〒 _____

電話番号（ _____ ） — _____

携帯番号（ _____ ） — _____

■ いつからですか？（ _____ ）

■ 部位 頭 首 顔 上肢、手
全身 胸 腹部 下肢、足
背中 腰 陰部 その他（ _____ ）

■ 自覚症状 痒い 痛い 赤い なし
その他（ _____ ）

■ 現在 治療していますか？

あり ・（ _____ ）病院に通院中
（内服・外用など治療内容： _____ ）
・市販薬（ _____ ）使用中
なし

■ 他に病気がありますか？

あり ・（ _____ ）病院に通院中
（内服・外用など治療内容： _____ ）
なし

■ アレルギーがありますか？

薬 あり（ _____ ）
なし
食物 あり（ _____ ）
なし
その他 あり（ _____ ）
なし

■ 女性の方：現在 妊娠されていますか？

はい（妊娠 _____ ヶ月） いいえ 可能性がある

■ 小学生以下の方：体重 _____ キロ

☆近日中の採血結果があればご持参下さい。