

# 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・令） 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。