

お手数ですがご記入を
お願いいたします。

診察申込書

記入日 年 月 日
西宮今津みどり皮ふ科

ふりがな		生 年 月 日	西暦(19・20)・大正・昭和・平成・
氏名	様 男・女 体重 kg		年 月 日
ご住所	〒 - 市	電 話 番 号	ご自宅 - -
ご職業			携帯等 - -

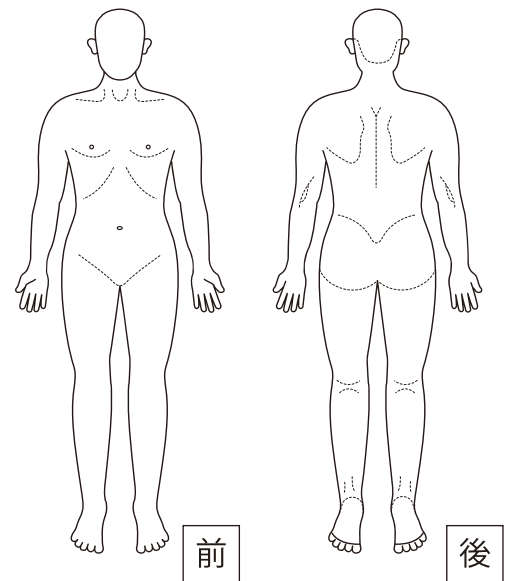
1. どのような症状がありますか。
・しっしん ・できもの ・じんましん ・かゆみ ・虫刺され
・その他(具体的に症状などご記入ください)

2. 症状がある箇所(右図)に印をつけてください。
3. それはいつ頃からできましたか。

4. 何か治療をされましたか。

5. その原因について心当たりはありますか。

6. 現在、治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)
はいの方は治療中の病名などを記入してください。



7. 現在使用中の外用薬、内服薬はありますか。(はい・いいえ)
使用中の薬品名を記入してください。

8. 薬に対するアレルギーはありますか。(ある・ない)
ある方は薬品名を記入してください。

9. 薬をのむと眠くなりやすいですか。(はい・いいえ)

10. あなたを含めて家族の方にアレルギー疾患の方はいらっしゃいますか。(はい・いいえ)
はいの方は(例)のようにご記入ください。
(例: アトピー性皮膚炎(本人)、ぜんそく(子供)、花粉症、アレルギー性鼻炎 など)

11. 女性の方へ。

- ・妊娠していますか。(している・していない) (月)
・授乳中ですか。(はい・いいえ)

12. 当院を何でお知りになりましたか?

- ・ホームページ ・インターネット ・通りがかり ・紹介(紹介者 _____ : ご関係 _____)
・その他

13. その他 気になる点や伝えたい点などありましたらご記入下さい。