

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・大正・昭和・平成・令和
氏名	様 男・女 ()歳				年 月 日
ご住所	〒 - 市			電話番号	ご自宅 - -
ご職業	体重	kg			携帯等 - -

1. どのような症状がありますか。症状がある箇所(右図)に印をつけてください。
・しっしん ・できもの ・じんましん ・かゆみ ・虫刺され ・その他()

2. それはいつ頃からできましたか。

3. 何か治療をされましたか。

4. その原因について心当たりはありますか。

5. 現在、治療中の病気や今までにかかられた大きなご病気は
ありますか。(はい・いいえ)

病名 ()

6. おくすり手帳をご持参されていますか。(はい・いいえ)

7. 現在使用中の外用薬、内服薬はありますか。(はい・いいえ)

薬品名 ()

8. 薬に対するアレルギーはありますか。(ある・ない)

薬品名 ()

9. 薬をのむと眠くなりやすいですか。(はい・いいえ)

10. 運転はされますか。(する・ときどき・しない)

11. 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)

該当される項目に印をつけるかご記入下さい。

アトピー性皮膚炎 (本人・子供・父・母・祖父母・その他 _____)

ぜんそく (本人・子供・父・母・祖父母・その他 _____)

花粉症 (本人・子供・父・母・祖父母・その他 _____)

アレルギー性鼻炎 (本人・子供・父・母・祖父母・その他 _____)

その他 ()

12. 女性の方へ。授乳中ですか。(はい・いいえ)

・妊娠していますか。(している・していない・可能性がある)(妊娠 月)

13. 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 ()

14. 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。

