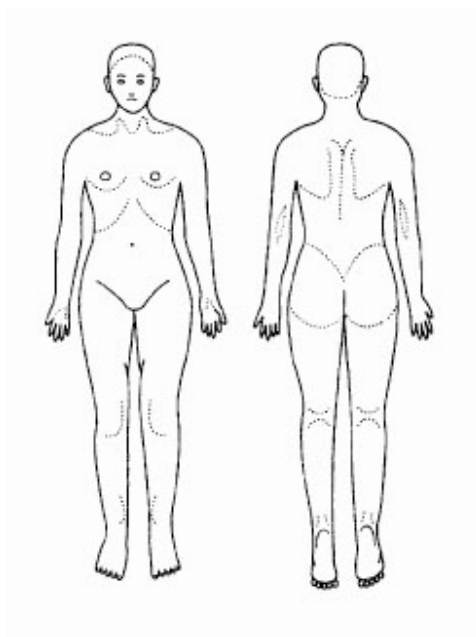


名前： 性別：男・女 年齢： 職業：

住所：

生年月日：

1. どうなさいましたか？
2. いつからですか？
3. どこですか？ 右上の絵で、その場所を○で囲んでください。



4. かゆいですか？ はい・いいえ
痛いですが？ はい・いいえ

5. 熱はありますか？ はい（何度）・いいえ

6. 今まででかかったことがある病気を○で囲んでください。

糖尿病 高血圧 高脂血症 喘息 アレルギー性結膜炎
アレルギー性鼻炎 じんましん アトピー性皮膚炎

7. 飲んでいる薬はありますか？

8. 薬で今までに副作用、アレルギーが出たことがありますか？

6. 妊娠している可能性はありますか？

- 1 1. ご希望があればお書きください。

- 1 2. この皮膚科をどうして知りましたか？

他の医師から紹介・広告・インターネット・口コミ・その他 山川皮膚科