

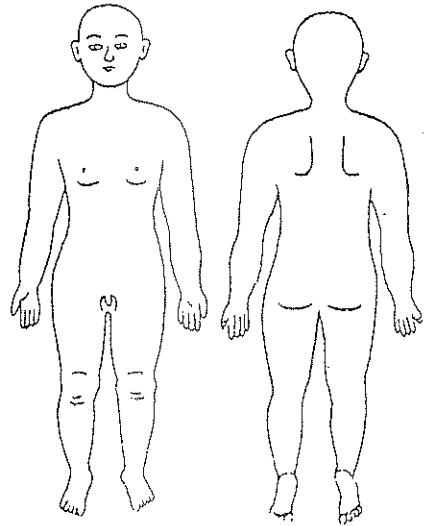
## 初めてご来院された方へ

ふりがな ----- 体重 (12歳以下) ----- Kg  
お名前 ----- 男・女 ----- 歳 ----- ヶ月  
ご住所 〒 ----- Tel ----- 職業 (具体的に) [ ----- ]

1. どこが悪いのですか？右の図に○をつけてください。

症状を具体的に書いてください

(例；かゆい、かさつく、割れて痛い、皮がむける  
ジクジクする、フケがでる、ブツブツができたなど)



2. いつ頃からですか？

( 年 月 日頃から)

3. 最近それについて治療をしましたか？

a. はい：病院で、薬店で、家庭薬 ( )  
病院の場合、どこで ( )

b. いいえ

4. アレルギーについてうかがいます。

a. アトピー性皮膚炎、喘息、花粉症、じんましん、金属や毛染めのかぶれなどがありますか？  
(はい・いいえ)

b. 血のつながつた身内の方に喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎の方がいらっしゃいますか  
(はい・いいえ) 「はい」の場合、それはどなたですか？( )

c. 注射、飲み薬、つけ薬、貼り薬などで合わないものがありますか？ (はい・いいえ)  
「はい」の場合、わかれば薬の名前を書いてください。( )

5. 今までにかかった皮膚の病気があればお書き下さい：例；イボ、水イボ、水虫  
その他 ( )

6. 今までに何か体の病気や手術をしましたか？また現在治療中の病気がありますか？  
a. はい 内科・外科・婦人科・小児科・その他 ( )  
病名は何ですか？ ( )

b. いいえ

7. 普段から内服中している薬、サプリメント、健康食品などあればお書き下さい。  
( )

8. 女性の方へ；妊娠または授乳中ですか？

a. はい(妊娠 ヶ月 または 授乳中) b. いいえ

9. 湿疹のある方へ；入浴時に使用するものに○をつけて下さい。

素手で洗う、ガーゼ、綿タオル、ナイロントオル、スポンジ、あかこすり、麻、  
ボディブラシ、固形石鹸、ベビーソープ、ボディソープ、入浴剤、その他 ( )