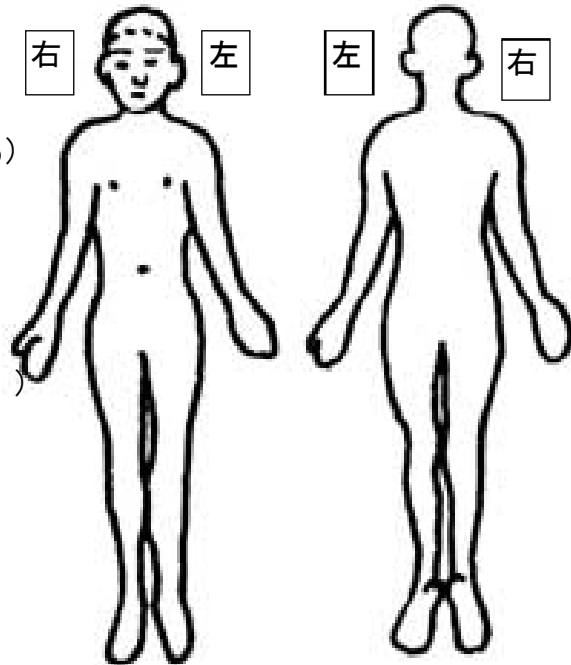


氏名	薬・注射による副作用 無・有( )		
	アレルギー 無・有( )		
年齢	才	男・女	消毒や湿布などでかぶれた経験 無・有( )
体重	Kg	身長	cm

〈症状のある部分に○をつけて下さい〉

〈当てはまるところにチェックを入れて下さい〉

- かゆみ
- 痛み
- できもの ( 赤み 熱感 膿が出る 腫れている )  
( 切除希望 )
- 発赤
- かさつき
- 腫れがある
- ぶつぶつ
- 虫刺され( 月 日 時頃) 何に( )
- ほくろが心配 ( 切除希望 )
- にきび
- 巻き爪
- シミ



- 体の片側だけに発疹と痛みがある
- 強い痛みがあり腫れている(熱感がある)
- 最近飲み始めた薬やサプリがあり、それからの発疹
- 発疹があり息がしにくい
- 痒みを伴う水ぶくれが多数ある
- 水いぼを取りたい  
※本日水いぼ摘除希望の場合、診察から終了まで  
1時間半～2時間位時間が必要となります
- その他 右の枠内にご記入ください →

〈症状について ご自由にご記入下さい〉

- 2週間以内に、麻疹・風疹・水痘の人と接触した
  - 全身に発疹があり、37.5度以上の熱がある
  - 2週間以内に疥癬の人と接触した事があり体中が痒い

その症状はいつからですか? 月 日頃から

上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか いいえ はい( )

現在内服中の薬はありますか いいえ はい(PL病院・他院)⇒お薬手帳持参 無・有

現在塗っている薬はありますか いいえ はい( )

今までにかかった大きな病気・治療中の病気がありますか いいえ はい( )

介護保険の申請 : なし 有 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5 )

女性の方のみご記入下さい 妊娠中 授乳中