

治療の参考にいたしますのでご記入下さい。

ふりがな			TEL	
氏名			住所	〒
生年月日			職業	

- (1) 現在症状が出現している場所に○をつけて下さい。
- (2) どのような症状ですか？
 かゆい 痛い はれている 湿疹 ニキビ
 火傷 傷 水虫
 その他 ()
- (3) それはいつごろから、始まりましたか？
 年 月 日頃 または 日位前から
- (4) 原因は何だと思われますか？
 または思い当たることがありますか？
- (5) 今回の症状に対して、どこかで治療をされましたか？
 * いいえ
 * はい・・・どのような治療ですか？
- (6) 今まで薬・食物等でアレルギーが出現したことはありますか？
 * いいえ
 * はい・・・どのような薬・食物等で、どのようになりましたか？
 ()
- (7) ご家族の中で、アレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか？
 * いいえ
 * はい・・・○をつけて下さい。
 A ぜんそく・花粉症・アレルギー性鼻炎
 B 薬(風邪薬・抗生剤・痛み止め等)
 C 食べ物(桃・栗・そば・小麦・さば・えび・かに・卵等)
 D その他(犬・猫・ダニ等)
- (8) 今までどのような病気やケガをされたことがありますか？
 消化器の病気・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他()

(9) また現在どのような薬をのまれていますか？

()

(10) 抜歯などの麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？

いいえ はい

(11) 女性の方へ・・・。現在妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい

(12) 診察の結果、治療の必要がある時、どの方法を希望されますか？

○をつけて下さい。

* 保険の範囲内での治療を希望する

内服のみか？

塗り薬のみか？

ステロイドも可能か？

* 自費(プラセンタ・ピーリング・にんにく注射・美白のための外用剤等)もしくは市販商品(ピーリング剤・まつげ美容液・ダイエット薬等)での治療も検討したい。

(13) 最後に、当院をどちらでお知りになりましたか？

○をつけて下さい。

* インターネットのホームページ

* 駅の看板

* 入り口の看板

* お友達の紹介