

(記入日: 年 月 日)

フリガナ	ID:
お名前	ご職業
生年月日 年 月 日	ご年齢 歳

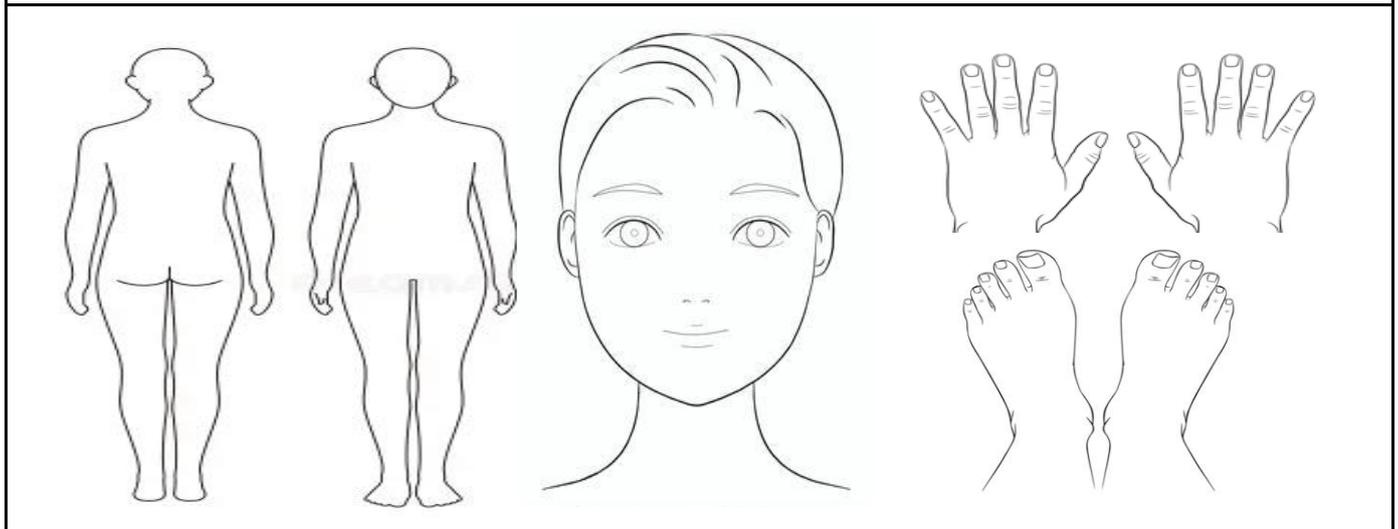
〒  
住所

Tel(携帯電話)

症状の部位はどこですか 又、症状に○をつけてください(複数ある場合は①②③と記入してください)

①部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状( )	
②部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状( )	
③部位:	症状はいつからですか 月 日~
症状:かゆい・痛い・発赤・その他の症状( )	

症状の部位に○をつけてください



現在処方されている薬はありますか:ある・なし(お薬手帳ご持参の場合は記入不要です)

お薬手帳持参:有・無

今までにかかった病気、治療中の病気はありますか:ある・なし(あれば記入してください)

薬やその他のアレルギーはありますか:ある・なし(あれば記入してください)

【女性の方】

妊娠している	はい・いいえ	授乳中である	はい・いいえ
--------	--------	--------	--------

【お子様】

体重 \_\_\_\_\_ Kg

ス 添 問 基



茅ヶ崎泌尿器科・皮膚科