

初診時間診表

当院では、院内感染防止等に留意した対応を行っています。
家庭内や職場等でコロナウイルスの感染徴候がある方はいますか。(はい・いいえ)

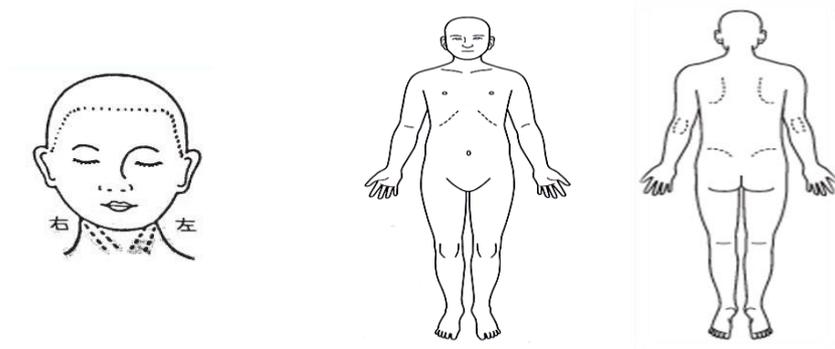
フリガナ _____

お名前 _____ 年齢(月齢) _____ 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 〒 _____ ご職業・学年 _____

電話番号 ご自宅 _____ 携帯 _____

1. 症状がある所はどこですか？ 症状がある所に○をつけて下さい。



2. どんな症状がでましたか？

かゆみ・痛み・赤み・はれている・みずぶくれ・発熱(_____ °C)
しっしん・ニキビ・じんましん・アトピー・水虫・その他 _____

3. いつからでましたか？

_____年 _____月 _____日 または _____(日・ヶ月・年)位前から

4. 原因として何か思い当たることがありますか？

5. これまでこの症状について治療をしたことはありますか？

病院名 _____ 薬品名 _____ 市販薬 _____

6. 家族や身のまわりに同じような皮膚病の方がいますか？

いない・いる 続柄 _____ 病名 _____

7. 他に治療中の病気や内服している薬はありますか？(診察室でお薬手帳をお出し下さい)

ない・ある 病名 _____、薬 _____

8. これまでアレルギーや合わない薬がありましたか？

ない・ある 症状 _____、薬品名 _____

9. 今までに痙攣(けいれん)を起こしたことがありますか？

ない・ある _____年 _____月 _____日頃

10. 女性の方で該当する方は○をつけて下さい。

妊娠中(_____ヶ月/予定日: _____年 _____月 _____日)、授乳中(生後 _____歳 _____ヶ月)

11. その他、診療に際しご希望がありましたらご記入下さい。

★お薬は 錠剤・粉薬 を
希望します。