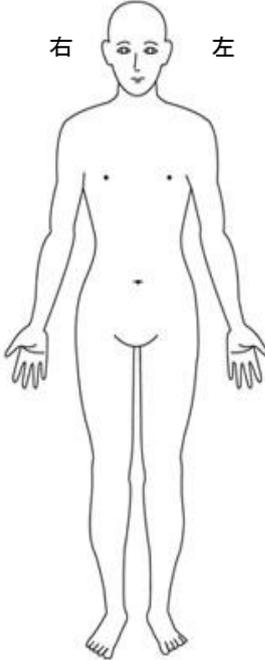
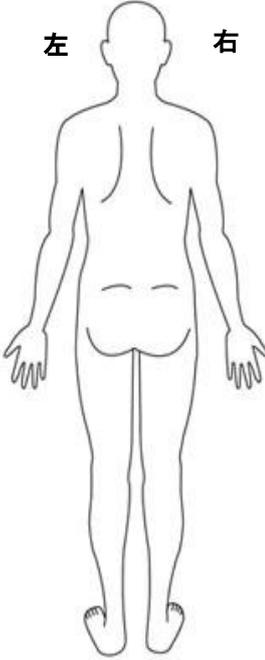


当院へ来院されたのは今回が初めてですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
フリガナ	(生年月日)M・T・S・H 年 月 日		
氏名	男・女	年齢	才
ご住所 〒 —	身長	cm	体重 kg
	電話	(自宅)	
	番号	(携帯)	
<当てはまるところにチェックを入れてください> <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> できもの (<input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 膿が出る <input type="checkbox"/> 腫れている) (<input type="checkbox"/> 切除希望) <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かさつき <input type="checkbox"/> 腫れがある <input type="checkbox"/> ぶつぶつ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> 虫刺され(月 日 時頃) 何に() <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> ほくろが心配 (<input type="checkbox"/> 切除希望) <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> 水いぼを取りたい <input type="checkbox"/> その他 <症状についてご自由にご記入下さい>		<症状のある部分に○をつけて下さい> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 右  </div> <div style="text-align: center;"> 左  </div> </div>	
()			
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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
現在内服中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(当院・他院)⇒お薬手帳持参 あり・なし			
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名()			
現在塗っている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
薬・注射による副作用はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
消毒や湿布などでかぶれた経験はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
今まで腎臓が悪いと言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
女性の方のみご記入ください <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中			