

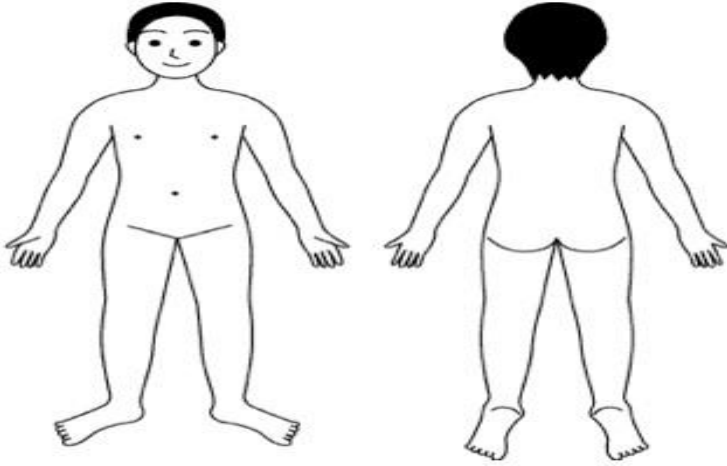
ふりがな
氏名

年齢 歳

性別 男・女

1. 下の図で、症状のある場所を○で囲んでください

※2つ以上の症状がある方は 空欄を使用していただき、いつからどのような症状があるのかを記入して下さい。
(できれば ①②③など 番号を使用し、どこにどの症状があるのか記入してください)



2. 症状が出たのはいつ頃ですか? () から

3. どのような症状・病気ですか ○をつけて下さい (複数回答可)

赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・化膿・かさつき・フケ・イボ・円形脱毛
水虫・爪水虫・ニキビ・できもの・じんましん・アトピー・やけど・水イボ
男性型脱毛症・その他 ()

4. 今回の 症状 の原因として 思い当たる事がある場合は記入して下さい
()

5. アレルギーは ありますか?あてはまるものに○をつけて下さい

アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 金属 動物
食べ物 () その他 ()
副作用の出た 薬の名前 ()

6. 現在 治療している病気や内服している薬はありますか

病気 ()
服用中の薬の名前 ()

7. 女性の方で あてはまる方のみ ○をつけて下さい

妊娠中 () ヶ月) 妊娠の可能性 あり 授乳中