

皮膚科予診表

フリガ
お名前

生年月日 M
T
S
H 年 月 日 才

1. どこが悪いのですか。右図を○で
かこんで下さい。

2. いつ頃からですか。

_____年 _____月 _____日

または _____才頃から

3. 季節によって変化しますか。

する し ない

4. 今までに治療しましたか。

はい いつ頃 _____
 どんな _____

いいえ

5. 今までに、クスリ・又は注射で副作用と思われることがありましたか。

はい 何で
 どんな

いいえ

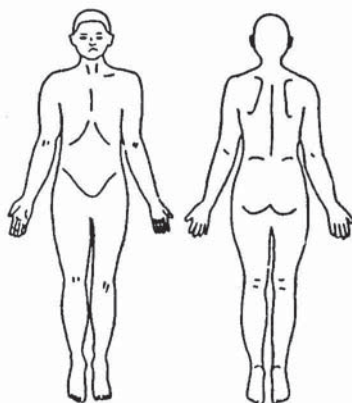
6. 現在、妊娠していますか。

はい いいえ

7. 特に聞きたい事。

ご住所 〒 _____

TEL _____



体重 _____ kg