

# 皮膚疾患ではじめて受診される方へ

平成 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女	生年月日
お名前		T・S・H 年 月 日 歳
ご住所		電話番号 ( )

1 当院ご来院のきっかけは？  
 ・看板広告 ・知人からの紹介 ( 様 ) ・インターネット ・その他 ( )

2 アトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？  
 いいえ / はい → 年頃 どこで ( )

3 今までにアレルギー体質・特異体質といわれたことはありますか？  
 いいえ / はい → 年頃 どこで ( )  
 家族でアレルギー体質・特異体質の方はいますか？  
 いいえ / はい → 続柄 ( ) 症状 ( )

4 今までの治療歴を教えてください

① ~ 年頃 病院	② ~ 年頃 病院
症状；	症状；
使用内服；	使用内服；
使用軟膏；	使用軟膏；
治療効果；	治療効果；

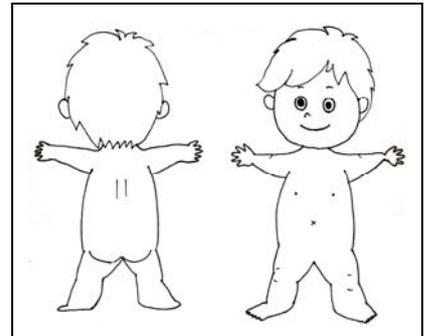
5 現在症状のある場所を教えてください (右図に○をつけてください)

6 現在使用しているものはありますか？

いいえ / はい → 使用軟膏：  
 使用内服：

7 今までアレルギー検査をしたことがありますか？

いいえ → 本日希望あり / なし  
 はい → 年 採血・パッチテスト：反応あり ( ) ・反応なし  
 結果持参 あり / なし



8 食事で気をつけていることはありますか？

なし / あり → ( )

9 特殊軟膏 (SOD) についてご存知ですか？

知らない / 興味があるが今は決められない / 診察にて必要なら / 使用を希望する

10 一年間で特に症状がひどい時期はいつですか？

11 先生に質問などあれば下記に記入をお願いします。