

お名前 (_____) 様

15歳未満の方 体重 (_____) kg

①今日はどうされましたか

- ・いつから (_____)
- ・どこに (_____)
- ・どんな症状 かゆみ 痛み にきび
- はれている 湿疹 (ぶつぶつ) 赤くなっている
- いぼ みずむし たこ、うおのめ
- ヘルペス やけど まきづめ
- その他

②今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか

- いいえ はい

③現在飲んでいる薬や塗っている薬はありますか (おくすり手帳があれば見せてください)

- いいえ はい

④1ヵ月以内にお薬が変わったり、追加されたりしていますか

- いいえ はい (内容; _____)

⑤お薬、食べ物などのアレルギーはありますか

- いいえ はい

アレルギーの原因物質	ひきおこされる症状

⑥ペットは飼っていますか

- いいえ はい (種類; _____)

⑦身体を洗うときにナイロンタオルを使いますか いいえ はい

⑧タバコは吸いますか いいえ はい やめた (禁煙期間; _____)

- ⑨【女性の方】妊娠されていますか いいえ
- はい (妊娠週数; _____)
- わからない (可能性あり)