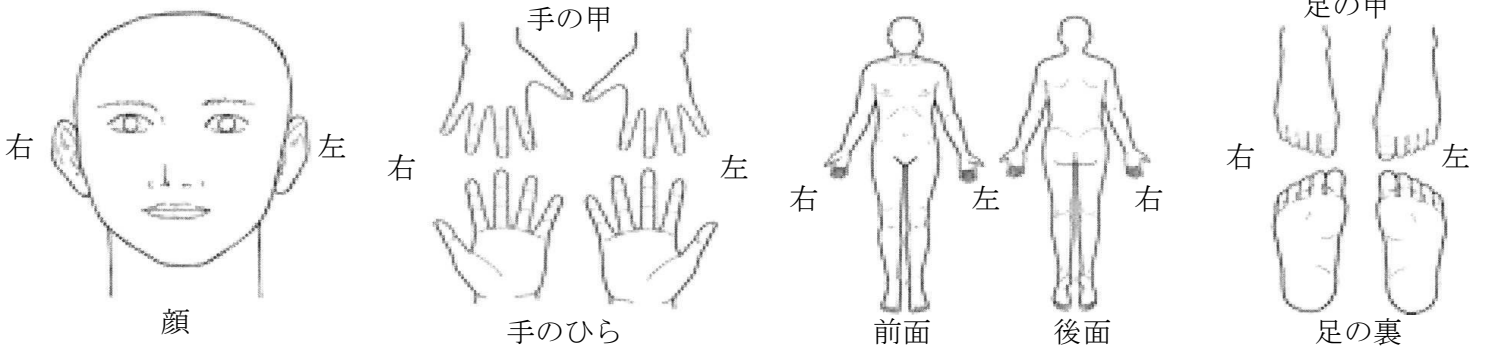


フリガナ 氏名	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才
〒 _____ 住所	電話番号 (両方記入)		自宅 携帯
		緊急 連絡先	氏名 (続柄) 電話番号

誰と来ましたか _____ 何人暮らしですか _____ 人 職業 _____

介護認定あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・なし 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 症状がある部位に○を付けて下さい



2. どんな症状ですか? ○をつけてください

- 痛い かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん できもの しこり ほくろ
 タコ ウオノメ 水虫 ニキビ かぶれ やけど キズ・けが
 その他 ()

3. その症状はいつ頃からありますか

_____ 日前から _____ 週間前から _____ か月前から _____ 年前から

4. その症状で何か治療をしていましたか

いいえ・はい (治療内容 _____)

5. アレルギーはありますか

いいえ・はい →食べ物(_____) 薬・注射(_____)

6. 妊娠の可能性又は妊娠中ですか(はい・いいえ)

授乳中ですか(はい・いいえ)

7. 現在治療中の病気はありますか ○を付けてください

- 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 高血圧症 糖尿病 心臓病 腎臓病
 肝疾患 脳梗塞 膠原病 緑内障 認知症 精神疾患
 その他(_____)

8. 現在内服中のお薬・注射はありますか (あり・なし)

お薬手帳を持参されていなければ、お書き下さい

[_____]

※お薬手帳はお持ちですか (持っている ・ 持っていない ・ 忘れてきた)

ご協力ありがとうございました