

記入日
令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
氏名			性別	どちらかを○で 囲んでください 男 女	
住所	〒 -				
電話番号	[自宅] - -		[携帯] - -		
緊急連絡先	様 電話番号				
<p>🏠 症状が出たのはいつですか? () くらい前から</p>					
<p>🏠 部位はどこですか? (当てはまる部位全てにチェックを入れてください)</p> <p> <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 上半身(右 左) <input type="checkbox"/> 下半身(右 左) <input type="checkbox"/> 耳(右 左) <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 目の周り <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 手(右 左) <input type="checkbox"/> 足(右 左) <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 陰部 <input type="checkbox"/> 爪 <input type="checkbox"/> その他 () </p>					
<p>🏠 どのような症状ですか?</p> <p> <input type="checkbox"/> 痒い <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 出来物 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> かぶれ <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> その他 () </p>					
<p>🏠 現在治療されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>治療内容 ()</p>					
<p>🏠 治療されている病気はありますか?</p> <p> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 () </p>					
<p>🏠 現在内服中の薬はありますか?</p> <p> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ お薬の名前 _____ </p>			<p>🏠 アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p> <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> その他 () </p>		
<p>🏠 女性の方のみご記入ください</p>			<p>現在妊娠されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>現在授乳されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>		