

枠内全てご記入ください

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</p> <p>お薬の名前</p> <p>_____</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>		