

# カウンセリングシート

※ご記入いただいた個人情報に関しましては、当院の管理用及びご案内にのみ使用し、第三者への提供は行いません。

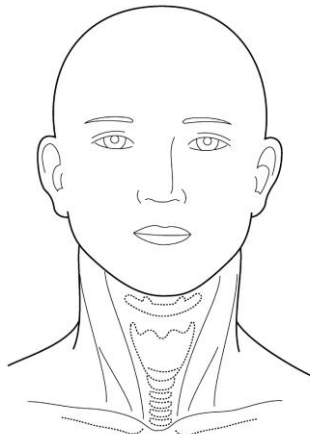
No. \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日 (年齢)	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
ご住所	〒 _____ 都道 _____ 市町 _____ 府県 _____ 村		
電話番号	( _____ ) _____	携帯番号	_____
ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 主婦 ・ アルバイト ・ 学生 ・ その他		
配偶者の有無	有 ・ 無		
メールアドレス	_____ @ _____ (自宅 携帯)		
※当医院を何でお知りになりましたか？(複数チェック可)			
ホームページ ・ Twitter ・ チラシ ・ 知人 ・ 他病院の紹介 ・ 駅の看板(姪浜・橋本) ・ 通りがかり ・ 木の葉従業員			

## 1. 本日はどのような症状、どのようなご相談でご来院でしょうか？

かゆい ・ 痛い ・ 赤い ・ ぶつぶつ ・ 腫れている ・ しこりがある ・ しびれる  
 ニキビや吹き出物 ・ 乾燥 ・ 過乾燥(アトピックスキン) ・ 敏感  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. それはどの部位で、いつ頃からの症状でしょうか？



その他の部位

いつ頃から  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)

## 3. 過去に、あるいは現在、以下のような病気にかかったことはありますか？

じんましん ・ ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他のアレルギー疾患(鼻炎・皮膚炎等)  
 心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ ・ 結核  
 →過去にかかったことがある ・ 現在かかっている

## 4. 現在、他の病院に通院していますか？

していない ・ している→病名( \_\_\_\_\_ )

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか？  
ない ・ ある→薬品名（ ）
6. 今までに、手術を受けたことはありますか？ あればどのような手術を受けたか、教えてください。  
ない ・ ある→手術名・病名等（ ）
7. 今までに、抜歯や治療で局所麻酔を受けたことはありますか？  
ない ・ ある ・ 覚えていない
8. 少しの傷で血が止まりにくかったことや医師にその傾向があると指摘を受けたことはありますか？  
ない ・ ある ・ わからない
9. 今までに、注射や飲み薬、塗り薬等のお薬で異常のあったことはありますか？  
(ぶつぶつができた、気分が悪くなった、腫れた等)  
ない ・ ある→薬品名・症状等（ ）
10. 今までに、食べ物でじんましん・発疹ができたことはありますか？  
ない ・ ある→食品名・症状等（ ）
11. 今までに、化粧品や洗剤、ヘアカラー等でかぶれたことはありますか？  
ない ・ ある→どのようなものか（ ）
12. 血縁のあるご家族で、以下のような病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？  
じんましん ・ ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他のアレルギー疾患（鼻炎・皮膚炎等）  
臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ リウマチ ・ 結核  
それはどなたですか？（ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ）
13. お酒はお飲みになりますか？  
飲まない ・ あまり飲まない ・ 時々飲む ・ よく飲む
14. タバコはお吸いになりますか？  
吸わない ・ 吸う→本数（1日約 本程度）
15. 現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？  
いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中→（現在、妊娠 ヶ月）
16. 保険診療のみ希望 ・ 効果が見込まれるのであれば自由診療も検討

ご協力ありがとうございました。