

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 身長 cm / 体重 Kg

症状	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 虫さされ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 手荒れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かぶれ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> 水イボ <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> あざ <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> その他	
いつからですか		
場所(部位)		
これまでの治療経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
妊娠の可能性・授乳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中	
過去もしくは現在治療中の病気		
アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()	
現在服薬している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：
薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：
食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食品名：
煙草	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う	1日 本 年間

症状がある部位

