

①現在の状況について

| | | | | | |
|-------|---|-----------|------|----|-----|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| TEL | () - () - () | 家族同居 単身住居 | | | |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 学生() <input type="checkbox"/> 社会人() <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 現在の疾患 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 尋常性乾癬 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 飲料水 | <input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 井戸水 <input type="checkbox"/> 浄水器使用 <input type="checkbox"/> アルカリ電解水使用 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 発病時期 | <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 思春期 <input type="checkbox"/> 成人期 | | 発病年齢 | 歳 | |
| 病歴 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(歳～ 歳) <input type="checkbox"/> 尋常性乾癬(歳～ 歳) <input type="checkbox"/> 喘息(歳～ 歳) <input type="checkbox"/> その他[()](歳～ 歳) | | | | |

②現在の体調などについて

| | | | | | |
|----------------------|---|----------|----|-----|--|
| 体調 | <input type="checkbox"/> ほてり(顔・手・足) <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 疲労(学校・職場・家庭) <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 排便の異常(便秘・下痢) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 内臓障害(胃腸・肝臓・腎臓・心臓) <input type="checkbox"/> ストレス(職場・学校・家庭・人間関係・受験勉強) | | | | |
| 朝食は | <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 食べない | | | | |
| 加工食品 | <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い・時々(インスタント・冷凍・レトルト・缶詰・スナック菓子) | | | | |
| 入浴 | 1日(回)・(時間) | 湯船に入りますか | はい | いいえ | |
| 入浴時の使用物 | タオル()・シャンプー()・ボディソープ() | | | | |
| 日焼け止め使用していますか(3月～9月) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |

③これまで受けた治療などについて

| | | | | | |
|----------|----|--|------|---|--|
| 今まで使用した薬 | 外用 | <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 過去に使用(年 月～中止後 年 月)種類 _____ <input type="checkbox"/> 使用中(年 月) 種類 _____ | 疾患部位 | <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腕 | <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 内服 | <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 過去に使用(年 月・・・中止後 年 月) 種類 _____ <input type="checkbox"/> 使用中(年 月) 種類 _____ | | | |