

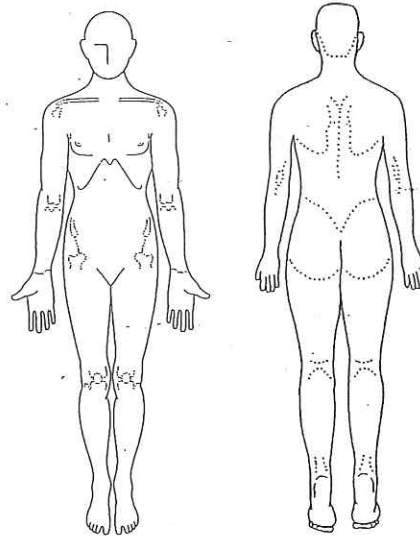
1. どのような症状ですか？

- かゆい    いたい    あかい
- ほくろがある    しこりがある
- その他 (

2. それはいつごろからですか？

3. それはどの部位ですか？

右の図に印をつけてください



4. 今の症状に関していままでどのように治療されましたか？

- 治療していない    病院に行った    自分で治療した
- どのように治療されましたか？

5. 合併症や手術歴、入院歴がありますか？

- なし    高血圧    糖尿病    腎臓の病気    肝臓の病気
- 心臓の病気    その他

6. 現在、くすりを飲んでいますか？

- なし    あり

くすりの名前 (

)

7. 薬や食物のアレルギーがありますか？

- なし    あり

ありがとうございました。