

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 性別：男・女 体重： \_\_\_\_\_ Kg

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_ ご職業 (会社名) \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

電話：( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 携帯番号：( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

● いつから、どうしましたか？ (今日の症状は？)

[Empty box for symptoms]

● 今までに次の様な病気にかかった事がありますか？ (ある→○で囲んで ・ ない )  
1.心臓病 2.高血圧 3.低血圧 4.肝臓病 5.腎臓病 6.糖尿病 7.高脂血症 8.貧血  
9.じんましん 10.胃潰瘍 11.十二指腸潰瘍 12.アトピー性皮膚炎 13.アレルギー性鼻炎  
14.花粉症 15.副鼻腔炎(ちくのう症) 16.その他 ( \_\_\_\_\_ )

● ぜんそく と診断されたことはありますか？ ⇒⇒⇒ (ある・ない)  
※ ない場合 → 子どもの頃にぜんそく と診断されましたか？ (ある・ない)

● たまごアレルギー はありますか？ (ある・ない)

● くすりのアレルギー はありますか？ (ある・ない)  
※ ある場合 → 薬剤名：[ \_\_\_\_\_ ]

● 食品のアレルギー はありますか？ (ある・ない)  
※ ある場合 → 食品名：[ \_\_\_\_\_ ]

● 現在、通院中または最近おかけの医院・病院はありますか？ (ある・ない)  
※ある方は、医院名を記入ください。服薬中のお薬ある方は薬手帳を受付に出してください。  
[医院名： \_\_\_\_\_ 、薬手帳ない方はお薬名を記入： \_\_\_\_\_ ]

● 過去に入院・手術はしましたか？ (ある・ない)  
※ある場合、該当病名を記入ください [ \_\_\_\_\_ ]

● たばこは吸いますか？ (はい・いいえ)  
・( \_\_\_\_\_ ) 歳から ( \_\_\_\_\_ ) 歳まで喫煙  
・( \_\_\_\_\_ 本/日)

● アルコールは飲みますか？ (はい・いいえ)  
(ビール 焼酎 日本酒 ワイ 他) (量：多 普通 少) ( \_\_\_\_\_ 回/週に)

\*\*\* 女性の方へ \*\*\*

● 妊娠中ですか？ (はい・いいえ・わからない)  
※ はいの場合 → ( \_\_\_\_\_ ) 週 ( \_\_\_\_\_ ) 日

● 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

ご記入いただき、ありがとうございました。受付へお渡しく下さい。