

フリガナ \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ Cm

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: \_\_\_\_\_

携帯: ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 自宅固定電話: ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

● いつから、どうしましたか?(今日の症状は?)

※初診の方:マイナンバーカードをマイナ保険証として本日、使われますか?  
( はい ・ いいえ )

● 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( \_\_\_\_\_ )

● 喘息、小児喘息 と診断されたことはありますか? ⇒⇒⇒ ( 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 →→→ \_\_\_\_\_ 回/週に ・ いいえ )

\*\*\* 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。受付へお渡してください。