

はじめて診察をお受けいただく方へ

住 所	〒□□□□-□□□□		
フリガナ			
氏 名			男女
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生 (才)
電 話	自宅	勤務先	

1. 現在の症状は

いつから _____

どんな症状 _____

2. 現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？

1. はい 2. いいえ

3. 今までにかかった病気（今かかっている病気も入れて）について○印をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・ぜんそく・アレルギー・肝臓病・胃腸病・心臓病・腎臓病・

高脂血症・がん・結核・前立腺肥大症・緑内障・その他（ _____ ）

以前に手術を受けたことがありますか？

1. はい 2. いいえ

ある方は、いつごろ _____ (輸血 有・無)

病名は何でしたか _____

4. 飲酒・喫煙されている方

アルコールを1日に〔 _____ 程度〕

たばこを1日に〔 _____ 本程度〕

5. 注射や薬、または食品で、これまでにアレルギー反応（発疹、気分が悪くなる、等）をおこしたことがありますか？

1. はい 2. いいえ

その薬や食品の名前〔 _____ 〕

6. 血のつながっている方に病気があれば○印をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・脳卒中・甲状腺の病気・ぜんそく・がん・心臓病・膠原病・

アレルギー・腎臓病・肝臓病・高脂血症 その他（ _____ ）

7. 現在妊娠中ですか？（女性の方のみ記入して下さい）

1. はい 2. いいえ 3. わからない