

フリガナ

お名前 _____ (男・女) 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お電話番号 () _____ - _____

ご住所 〒 _____ - _____

詳しい医療費明細書の発行は必要ですか (はい・いいえ)

過去に当院にかかれたことがありますか (はい・いいえ)

① いつ頃からですか？

どのような症状ですか？

② 現在、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 通院中の病院名：

病名：高血圧・コレステロール・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・喘息・脳卒中

前立腺肥大・緑内障

がん () ・その他 ()

薬の名前：

③ お酒は飲みますか？ (飲む・飲まない)

④ タバコは吸いますか？ (吸う・吸わない・以前吸っていた)

⑤ 今までに、食べ物、薬品等でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 薬品・食べ物等の名前 ()

⑥ 女性の方にお尋ねします

(診察上、レントゲン撮影や薬との兼ね合いがありますので、お聞かせください)

妊娠中ですか？ (はい/予定日 _____ 年 _____ 月頃・妊娠可能性あり・いいえ)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)