

ふりがな	性別 男 ・ 女	(お分りの場合)
お名前	生年月日 明 ・ 大 _____年 _____月 _____日	身長 () c m
	昭 ・ 平 _____年 _____歳	体重 () k g
ご住所 〒 _____		
お電話番号 () _____	—	日中連絡の取れる番号に ○印をお願いします
携帯番号 () _____	—	

ID No. _____

1. 本日、当院にこられた理由を教えてください
診察 ・ 検査 ・ その他 ()
2. 症状のある方にお尋ねします
①どのような症状ですか？

②その症状はいつからですか？
3. 現在、治療中の病気がありますか？
はい (病名 _____) ・ いいえ
現在薬を飲んでいる (薬名 _____) ・ いいえ
4. ご自身が今までに下記の病気にかかったことはありますか？○をつけて下さい
結核 喘息 心臓病 腎臓病 肝臓病 すい臓病 胃・十二指腸潰瘍
高血圧 脳卒中 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 子宮筋腫
がん () その他 ()
5. お薬や注射などでアレルギーが出たことがありますか
ある (わかれば薬品名 _____) ・ ない
6. アレルギー体質と言われたことはありますか
ある (アトピー性皮膚炎・喘息・花粉症・じんましん・食物 (_____)) ・ ない
7. 血縁者で重大な病気や慢性の病気にかかった人はいますか？
いる (誰が _____ 何の病気に _____) ・ いない
8. 嗜好品についてお尋ねします
アルコール : 飲まない ・ 飲む (ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ その他)
量は？ 1日 (_____ 程度) 週 (_____) 回

タバコ : 吸わない ・ 吸う 1日 (_____ 本) (_____) 年間
過去に吸っていた (_____ 歳から禁煙)
9. 女性の方にお伺いします。
現在妊娠している ・ またはその可能性がある ・ 妊娠していない ・ 現在授乳中
10. その他、ご相談したい事や気になっていることがありましたらご記入ください。
11. 当院を何でお知りになりましたか？
ホームページ・その他 (_____)