

ふりがな

氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 職業 _____

生年月日： 大・昭・平 _____ 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg

初診又は
変更時 { 〒 _____ 電話番号： _____
携帯番号： _____
住所： _____

1. 本日はいつからどのような症状で来院されましたか？出来るだけ詳しくお書きください。

2. 以前もしくは現在治療中の病気はありますか？

特にない高血圧 高脂血症 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 喘息・咳喘息その他（下記にご記入ください）

① 病名 _____ 医療機関 _____ 歳頃

② 病名 _____ 医療機関 _____ 歳頃

3. アレルギーはありますか？ ない ある（ _____ ）4. タバコを吸いますか？ 吸ったことがある（ _____ 歳から _____ 歳まで1日に _____ 本）吸ったことがない吸っている（ _____ 歳から 1日に _____ 本）5. ペットを飼っていますか？ いいえ はい（ _____ ）

6. 最近、海外または温泉に行きましたか？

いいえ はい：いつ頃（ _____ ） 場所（ _____ ）

7. 血縁のある方家族で病気をお持ちの方はいますか？

リウマチ・膠原病 間質性肺炎 腎臓病 心臓病 がん（部位： _____ ）ぜんそく 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 他（ _____ ）

8. 女性の方にかがいます。

• 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい（予定日： _____ ）• 授乳していますか？ いいえ はい

9. 当院を知っていただいたきっかけは何ですか？

他院からの紹介 家族・知人の紹介 インターネット YouTube その他（ _____ ）お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください あり なし 返却