

ふりがな

氏名 : _____ 性別 : 男 ・ 女 職業 _____

生年月日 : 大・昭・平 _____ 年 月 日 身長 _____ c m 体重 _____ k g

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. 女性の方にうかがいます。

・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