



## 初めて受診される患者様へ（成人用）

下記をご記入あるいは○印を付けて頂き、受付までお持ちください。

ふりがな		生年月日	昭・平	年	月	日
お名前		男・女	ご年齢			歳
ご住所	〒 — — — — —					
お電話	(自宅) — — — — —		(携帯) — — — — —			
E-mail						

【既往歴】 罹っている病気（持病）に○をしてください

花粉症（症状：鼻水・くしゃみ 鼻閉 目のかゆみ 皮膚のかゆみ）、  
気管支喘息 咳喘息 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 乾燥肌  
高血圧症 高脂血症 甲状腺機能亢進・低下症 糖尿病 心臓疾患 不整脈 脳疾患  
入院・手術歴 なし あり（ 歳 病名 ）

【他院受診中の方】

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

現在、服用中の薬 \_\_\_\_\_

【薬やワクチンのアレルギーやご希望】

今までに内服薬や注射をした時に異常な症状（蕁麻疹や嘔吐など）がでたことはありますか？

苦手な薬（粒が苦手、貼付薬やアルコール綿でかぶれる等）はありますか？

なし あり（原因 \_\_\_\_\_）

【喫煙の有無】

なし あり（ 1日 \_\_\_\_\_ 本 ） → 禁煙治療のご希望： あり なし 未定

【妊娠の有無】（女性の方）

なし あり（ 現在： \_\_\_\_\_ 週 予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ）

【アレルギー検査のご希望】

当院では、アレルギー検査（血液検査）や呼吸機能検査ができます。

アレルギー検査は3割負担でおおよそ5~6千円（初診料含む）がかかります。

希望する \_\_\_\_\_ 希望しない \_\_\_\_\_ 相談して決める \_\_\_\_\_

【当院を受診されたきっかけは？】

インターネット □ コミ 近所で知っていた 通りすがり チラシ 看板  
家族が通っている（ \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）

【よく利用する耳鼻科・皮膚科】クリニック名（ \_\_\_\_\_ ）

【症状・ご質問・ご要望など】 ご質問やご要望などがある場合はお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

ご回答、誠にありがとうございました。受付にお渡し下さい。

目黒こどもハート・アレルギークリニック

Meguro Kodomo Heart & Allergy clinic