



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。