

初めて受診される患者様へ（成人用）



|        |                |   |   |                |       |   |   |   |
|--------|----------------|---|---|----------------|-------|---|---|---|
| ふりがな   |                |   |   | 受診日            | 20    | 年 | 月 | 日 |
| お名前    |                |   |   | 性別             | 男 ・ 女 |   |   |   |
| 生年月日   | 西              | 年 | 月 | 日              | 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 口コミ 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（ \_\_\_\_\_ ）

【当院へは何で来られましたか？】

徒歩 自転車 車 電車 バス 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。

大森こどもハート・アレルギークリニック

Omori Kodomo Heart & Allergy clinic