

## 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    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(                      )

**【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。