

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。

大崎こどもハート・アレルギークリニック

Osaki Kodomo Heart & Allergy clinic