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〇印を付けて頂き、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）に〇をしてください

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）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。

吹田 SST こどもハート・アレルギークリニック

Suita SST Kodomo Heart & Allergy clinic