

初めて受診される患者さんへ



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	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 _____

現在の服用中の薬 _____

【薬やワクチンのアレルギー】

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

【当院を何で知りましたか？】

子供が通っている インターネット 口コミ(お知り合い) 近所で知っていた 通りすがり
 その他 (_____)

【ご質問・ご要望】 診療などに関して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。

診察までしばらくお待ちください。