

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 才

〒

住所 _____ 電話番号 _____

職業 _____ 血液型 _____ 型 _____ 体重 _____ kg 性別 男・女

下記のそれぞれあてはまる項目に記入し、○印をつけてください。

1、どのような症状がありますか。それはいつ頃からですか。

症状は _____

いつ頃から _____

2、食べ物や飲み物で、皮膚にじんましんや発疹ができたことがありますか。

ある 食物(飲物)の名前 _____

ない

3、注射や薬を飲んで、じんましんやショックや気分が悪くなったことがありますか。

ある 食物(飲物)の名前 _____

ない

4、現在、治療中の病気はありますか。

ある 喘息・じんましんなどのアレルギー疾患・糖尿病

ない

高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳梗塞・結核

リウマチ・血液病・ガン・膠原病・その他 _____

5、現在、飲まれているお薬はありますか。

ある お薬の名前 _____

ない

(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい。)

6、現在、タバコを吸われますか。

吸う or 吸っていた (1日 ___ 本・喫煙歴 ___ 年) (止めて ___ 年)

吸わない

7、アルコールは、1日どのくらい飲みますか。

_____ を1日 _____ くらい飲む / 付き合い程度飲む / 飲まない

8、過去に次の病気にかかったり、手術をしたことがありますか。

ある 喘息・じんましんなどのアレルギー疾患・糖尿病

ない

高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳梗塞・結核

リウマチ・血液病・ガン・膠原病・その他 _____

9、女性の方へ：現在妊娠されていますか。

はい _____ 週目

いいえ

10、最近又は現在、他のお医者さんにかかっていますか。

はい 医院/病因の名前 _____

いいえ

11、当院に来院されたきっかけを教えてください。

インターネット・看板・広告・職場から近い・自宅から近い・以前から知っていた
通りすがり・(家族・親戚・友人・知人)の紹介 お名前 _____