**当院に初めての方へ**

フリガナ

**【氏名】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【**性別**】　男　・　女

**【生年月日】**　大 ・ 昭 ・ 平 　　　　　年　　　 　 月　　　　 日　（　 　　　歳）

**【住所】**　　　〒

**【電話番号】**　携帯：　　　　　　　　　　　　　　　自宅：

●症状とその発症日時、経過をお書き下さい。

●妊娠中または妊娠の可能性　　　　無　・　　有

●授乳中ですか。　　　　　　　　　無　・　 有

●アレルギーはありますか。　　　　無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　）

●薬アレルギーはありますか。　　　無　・　　有（　　　　　　　　　　　　　　　）

●アルコール類は飲みますか。　　　いいえ　・　はい

　　 「はい」とお答えの方、頻度は　（ 　　回／　週）　　大体の量：

●たばこを吸いますか。　　　　　　いいえ　・　はい　（　　　　　本／日　）

　　　　　喫煙歴ありの方　　　　喫煙歴　　　　　　歳　～　　　 　歳まで

●薬局や他院でお薬を頂いていればお書き下さい。

●既往歴（年齢をお書き下さい）

　・心臓病（　　）　 　 ・脳卒中（　　）　 ・高血圧（　　）　 ・糖尿病（　　）

・高脂血症（　　） ・痛風（　　　）　 ・貧血（　　）　 ・結核（　　）

・肝臓病（　　）　 ・腎臓病（　　） ・がん（　　）　　 ・胃潰瘍（　 ）

・眼底出血（　　） ・白内障（　　）　 　・緑内障（　　）

・その他（　　）※病名

●家族歴（続柄をお書き下さい）

　・心臓病（　　）　　 ・脳卒中（　　）　 ・高血圧（　　）　 ・糖尿病（　　）

　・肝臓病（　　） ・腎臓病（　　）　 ・結核（　　）　 ・がん（　　）