

# 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 ( )