

(フリガナ) _____	男・女	身長	体重
氏名	生年月日()	cm	kg
〒 _____	Tel()	職業	
住所			

1.いつ頃からどのような症状がありますか

2.現在までに次の病気にかかったことがありますか 【 いいえ ・ はい 】

高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・糖尿病・胃潰瘍・肺結核・喘息・甲状腺疾患
アレルギー疾患・脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈瘤）

3.上記以外の病気はありますか 【 いいえ ・ はい 】

はいと答えた方 【病名：】

4.手術を受けたことがありますか※全身です 【 いいえ ・ はい 】

はいと答えた方

5.美容施術はありますか※全身です 【 いいえ ・ はい 】

はいと答えた方

6.現在治療中の病気、服用中の薬はありますか 【 いいえ ・ はい 】

はいと答えた方 病名
薬剤名

- ◆本日、お薬手帳・アプリをお持ちの方は、受付にお出してください
- ◆他院での検査結果や紹介状をお持ちの方は、受付にお出してください

7.今までに薬や注射、食品等で発疹やショック等、アレルギー反応を
起こしたことはありますか

【 いいえ ・ はい 】 はいと答えた方【薬品、食品名等：】

8.血縁者の方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか(続柄をご記入ください)

脳出血() 脳梗塞() くも膜下出血()
高血圧() 糖尿病() 心臓病()
アレルギー疾患() 精神病() がん()
脂質異常症() その他() 不明 ・ なし

9.嗜好品について教えてください

たばこ【吸う： 本/日 歳から・禁煙中 ・ 吸わない】
お酒 【毎日飲む ・ 時々飲む 回/月 ・ 飲まない】

10.女性の方のみお答えください

妊娠の可能性はありますか 【 いいえ ・ はい ・ 不明】 授乳中ですか 【 いいえ ・ はい】

11.ここ半年の飛行機もしくは新幹線での移動はありましたか

【 いいえ ・ はい →行先： 日付： 月 日～ 日間】

12.当院を何でお知りになりましたか（複数回答可）

ちらし・電柱広告・駅広告・ネット・紹介された・その他()