

ふりがな

お名前 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日 (才)

〒 ー
自宅住所

電話番号 ()
メールアドレス @

会社名・他連絡先 電話番号 ()

身長 cm 体重 kg

※本日はどうされましたか？症状を簡単にお書き下さい。
[]

- ※以下の病気にかかった事のある方は、○を付けて下さい。
- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 肺の病気（結核・喘息・慢性気管支炎など） | 8 すい臓の病気 |
| 2 甲状腺の病気 | 9 肝臓の病気（肝炎・肝硬変・脂肪肝など） |
| 3 糖尿病 | 10 脳血管の病気（脳梗塞・脳内出血など） |
| 4 心臓の病気（狭心症・不整脈・心筋梗塞など） | 11 悪性腫瘍（部位： ） |
| 5 高血圧 | 12 皮膚の病気（帯状疱疹・じんま疹など） |
| 6 高脂血症・高コレステロール | 13 婦人科系の病気（子宮筋腫など） |
| 7 胃・十二指腸・大腸の病気（潰瘍など） | 14 その他（ ） |

※薬・注射のアレルギーはありますか： ない ・ ある (薬名)

※他院に通院中ですか： していない ・ 通院中 (病院 科)

※現在服薬中の薬はありますか： ない ・ ある ()

※（女性の方）妊娠していますか： していない ・ している (カ月)

- ※以下の質問に関係する診察の場合、お答え下さい。
- 1日のアルコール量：ビール(本)・日本酒(本)・洋酒(本)・その他()
- 1週間の飲酒日数： (日/週) 飲酒歴 (年)
- 1日の煙草の本数： (本/日) 喫煙歴 (年)

※当クリニックをお知りになった理由をお教えてください
通りがかり・知人の紹介・ホームページ(PC・携帯)・駅広告・その他()