

《初診の方のみ》この紙をプリントアウトしてから記入し、受付でお渡してください。

マイ
受診票

フリガナ		男	生	明・大・昭・平
氏名		女	年月日	年 月 日生 才
現住所	〒 -			
電話	— —	携帯	— —	
勤務先名		電話	— —	
紹介者名		続柄		

1. 今迄に注射、飲薬、ぬり薬で局所や全身が赤く腫れたり、発疹がで
きたり、気分が悪くなったりしたことがありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

2. たこ・かに・さば・たまご・牛乳などを食べて、じんましん、下痢を
おこしたことがありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

3. 塗料・化粧品・洗剤などを使って、皮膚病にかかったことがありま
すか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

4. 血縁の方で喘息、花粉症等のアレルギー体質の方はいますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

5. けいれん性の体質がありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

6. 女性の方、現在妊娠あるいはその可能性はありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

○最終生理はいつですか。

/ ~ / 日間

○閉経は、何才の時ですか。

才

7. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

ぜんそく・じんましん・アレルギー疾患・心臓病・高血圧
脳疾患・腎臓病・肝臓病・糖尿病・精神疾患

8. 上記以外に大きな病気や手術をしたことがありますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

(病名)

9. 現在治療中の病気はございますか。

はい	いいえ	不明
----	-----	----

10. 現在内服中のお薬を教えてください

()

11. 煙草を(吸ったことがある・吸っている・吸ったことはない)

(___才~___才まで 一日___本)

12. アルコールを飲みますか？ (いいえ・時々・はい (一日 ___本(合) ___才~ ___才))