診察前にご記入お願いします。

フリガナ		
名　　前		
生年月日	（ 大 ・ 昭 ・ 平 ）　　年　　月　　日	（ 男 ・ 女 ）
住　　所	郵便番号（　　－　　） 市 ・ 郡	
電話番号	（　　－　　－　　）	
携帯番号	（　　－　　－　　）	

1. これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？　（ はい ・ いいえ ）

病　名（　　）

手術名（　　）

2. 現在、他の病院で治療を受けていますか？　（ はい ・ いいえ ）

どのような病気で、どのような薬を飲まれていますか？

（　　）

3. 注射や薬で気分が悪くなったり、発疹（ほっしん）が出たことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

内容（　　）

4. アレルギー体質だと言われたり、ぜんそくを起こしたり、じんましんが出たり、

食べ物によって腹痛や下痢を起こしたことがありますか？　（ はい ・ いいえ ）

内容（　　）

5. お酒、タバコについてお聞かせ下さい。

・お酒　①毎日　②週4-6回　③週2-3回　④週1回　⑤機会飲酒　⑥飲まない

[種類]　ビール ＿＿＿＿ ml　日本酒 ＿＿＿＿ ml　洋酒 ＿＿＿＿ ml

・タバコ　①20本以上/1日　②20本/日　③10本/日　④5本/日　⑤吸わない

[喫煙歴] ＿＿＿＿ 年

6. 女性の方へ　　妊娠していますか？その可能性はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

7. 家族にアレルギー体質の方がおられますか？　（ はい ・ いいえ ）

8. 身長・体重をご記入ください。

[身長] ＿＿＿＿＿＿ cm　　[体重] ＿＿＿＿＿＿ kg

9. 本院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

①知人の紹介　②医師の紹介　③電話帳　④電柱の看板を見て　⑤インターネット

⑥立て看板を見て　⑦保健所の紹介　⑧リビング姫路　⑨その他（　　）

ありがとうございました。書き終わりましたら受付までお渡し下さい。

おくのクリニック