

外来初診の方へ

フリガナ

性別

お名前

男・女

生年月日

明治・大正・昭和・平成_____年_____月_____日（_____歳）

〒

(携帯) _____ - _____ - _____

ご住所

(電話) _____ - _____ - _____

保険証の種類 社保・国保・自費 ご同伴者_____ 続柄_____

○いつ頃から、どのような症状ですか？

○以前にどこか（クリニックなどで相談されたことがありますか。

ない・ある（ _____ ）

○過去に患った病気がありますか？

ない・ある（病名： _____ ）

○薬・注射・食事・その他で発疹やショック、アレルギー症状がありますか。

ない・ある（ _____ ）

○たばこを 吸わない・吸う（ _____ 本 / 1日）

アルコール類を 飲まない・飲む（ _____ 本・合・杯 / 1日）

コーヒーを 飲まない・飲む（ _____ / 1日）

現在、妊娠しておられますか。（女性のみ） はい・いいえ