

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。記入し終わったら受付にお渡し下さい。

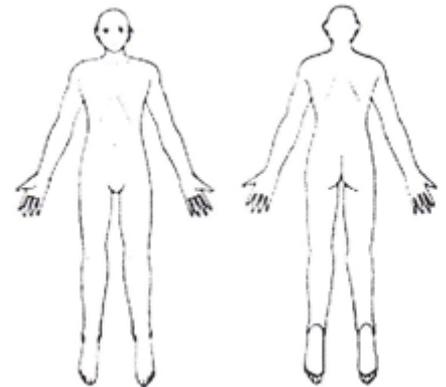
ふりがな	男 女	生年月日	大正	年	月	日生
お名前			昭和			
ご住所 〒			自宅電話番号：			
			携帯番号：			
職業：	身長	cm	体重	kg		

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

・いつ頃から ()

・どの部分に (右図に○をつけて下さい)

(どのような症状で？)



2. 今回の原因として何か思い当たることはありますか？

(例…薬、食物、化粧品、仕事、どこかに出かけた、等)

3. 今回の症状で現在または過去に治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方… 病院名

治療内容

治療による変化… よくなった・不変・悪くなった

4. 現在常用している飲み薬や塗り薬などはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方… 病院名

病名

飲み薬

塗り薬

5. 今までに薬や食べ物で気分が悪くなったりアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方… (わかる範囲で結構ですので、具体的に書いて下さい)

6. 今までにかかったことのある病気について教えてください。

蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・膠原病

高血圧・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・糖尿病・緑内障・手術など

その他 ()

7. 生活習慣について

アルコールは飲みますか？ はい (回/週、 合位) ・ いいえ

タバコは吸いますか？ はい (本/日、 年間) ・ 喫煙中 (年前から) ・ いいえ

8. 女性の方に質問です。

妊娠中ですか？ (はい : ヶ月 ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9. 今回、当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

・家族、お知り合いからのご紹介 (様) ・当クリニックのHP

・電話帳 (タウンページ) ・看板、広告 ・ご近所、通勤途中、職場近く

・雑誌 (雑誌名) ・その他 ()

ご協力有難うございました。順番が来ましたら、お呼びしますのでお待ちください。