

フリガナ： (生年月日： 年 月 日)

名前

〒

住所

電話番号：

☆今日はどうされましたか

例：血圧が高いのが気になる。 健診で脂質異常の指摘があった。

昨日から腹痛、吐き気がある。 かかりつけを当院へ変更したい。 など

☆現在、他院で治療されてますか

〔 糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・甲状腺・その他 / いいえ 〕

☆かかったことがある病気がございましたら教えてください

(年齢・病名・治療など)

☆薬・食べ物のアレルギーはありますか？

〔 いいえ / はい 食べ物・薬剤( ) 〕

☆飲酒・喫煙について

飲酒 (まったくしない / ときどきする / 毎日)

喫煙 (しない / やめた / する)

☆女性の方は現在、妊娠中や授乳中ですか

(いはい / 妊娠中 / 授乳中 / わからない)

※検査結果・紹介状・お薬手帳お持ちの方は受付にご提出ください。