

初めてご来院のみなさまへ

お手数ですが下記の質問にわかる範囲で御記入いただき受付にお渡し下さい。

記入日： 年 月 日

フリガナ 妻：氏名	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者 () その他 ()
生年月日 S・H 年 月 日 (満 歳) 身長 cm 体重 kg (BMI)		
電話番号： - - -		
フリガナ 夫：氏名	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者 () その他 ()
生年月日 S・H 年 月 日 (満 歳) 身長 cm 体重 kg (BMI)		
〒 -	フリガナ	
	都 道	市 区
	府 県	町 村

2) 既往歴 今まで大きな病気や手術しましたか。

妻) なし・あり	夫) なし・あり
病名：	病名：
年 月 日頃	年 月 日頃
年 月 日頃	年 月 日頃
治療内容：	治療内容：

3) 現在、服用中の薬

妻) なし・あり	夫) なし・あり
病名：	病名：
薬剤名：	薬剤名：

4) 副作用・アレルギーについて

アレルギーはありますか。	なし	あり
「ありの方」→抗生剤・金属・ゴム・薬品 (薬剤名：)		
食品 () ・ その他 ()		

5) 家族歴 ご家族の方で該当する場合は () 内に続柄をご記入ください。

1、糖尿病 2、高血圧 3、心疾患 4、甲状腺疾患 6、その他
 () () () () ()

6) 喫煙歴

妻) 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり (本) × () 年間
 夫) 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり (本) × () 年間