

診察を受ける前に

| | |
|------|--------|
| 日付 | 紹介状 CD |
| ID | 受付時間 |
| 問診予定 | 診察予定 |

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日
(〒 -)

おところ _____

ご連絡先 携帯 _____ 勤務先
電話番号 自宅 _____ (学校名) _____

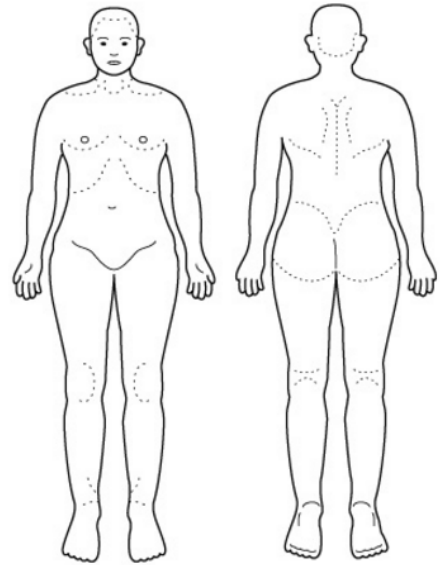
どのような症状でおかかりですか。またその症状はいつ頃からありますか？

原因はありますか？

① ある _____

② ない _____

御希望の診察箇所に印を付けて下さい



◆ 過去にぜんそくの症状はありますか？

- ① ない ② ある _____

◆ ほかの病気はありますか？

くすりを飲まれていますか？

- ① ない
② ある

心臓、高血圧

糖尿病

胃腸（かいようなど）

肝臓

腎臓

その他 _____

◆ 注射・くすり・食べ物でアレルギーがありますか？

- ① ない ② ある _____

◆ 湿布を貼ってかぶれ(赤くなる・かゆくなる)はありますか？

- かぶれやすい
- かぶれない
- 貼ったことがない
- その他 ()

◇女性の方にお尋ねします。

妊娠中（妊娠の可能性がある）

- ① いいえ ② はい

授乳中ですか？

- ① いいえ ② はい

◆ できれば、ご来院のきっかけをお教え下さい。（複数でも結構です）

- 以前受診していた
- 家（職場・学校）に近い
- 家族、知人（ ）が受診
- 知人（ ）の紹介
- 他医（ ）の紹介
- 専門医だから
- インターネット（検索、ホームページ）
- その他（ ）

記入された方

本人・（ ）