

## 初めての方・久しぶりの方は記入してください

ふりがな		カルテ番号	
氏名		生年月日	( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日
郵便番号			←ご記入いただくと助かります
住所			
電話番号			

☆本日受診の理由は？

・ 健診でひかかった ( \_\_\_\_\_ )

・ ピアス希望

☆発熱は？ なし・あり ( \_\_\_\_\_ °C)

☆以下の病気になったことがあったり、治療中ですか？ (なし・あり↓)

- ・ 気管支ぜんそく
- ・ 食物アレルギー
- ・ 発疹・じんましんが出やすい
- ・ 糖尿病 (血糖値が高い)
- ・ 高血圧
- ・ 中性脂肪やコレステロールが高い
- ・ 心臓病・不整脈
- ・ 脳卒中 (脳梗塞・脳出血)
- ・ 胃／十二指腸潰瘍・胃炎
- ・ 緑内障 (眼圧が高い)
- ・ 白内障
- ・ 前立腺肥大 (男性)
- ・ けいれん・てんかん
- ・ 熱性けいれん (小児)
- ・ その他 (⇒ \_\_\_\_\_ )

☆現在なにか薬を飲んでいますか？ (いいえ ・ はい ⇒ お薬手帳持参・下記)

☆今までに薬のアレルギー (薬で気分が悪くなったり薬疹が出たこと) がありますか？  
ない・ある (どんな薬？ \_\_\_\_\_ )

☆両親・兄弟に気管支喘息・アレルギー体質・けいれんを起こしやすい人がいますか？  
いいえ・はい・わからない

☆妊娠は？ (女性) (なし ・ 疑いあり ・ 妊娠中 (第 \_\_\_\_\_ 週))

☆授乳中？ (女性) (いいえ・はい)

☆小児の方は体重をお書き下さい。 \_\_\_\_\_ Kg

ありがとうございました。  
名前が呼ばれるまでしばらくお待ちください。