

フリガナ 氏 名	受診日 月 日	男・女	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
住所 〒		☎(自宅)	
		☎(携帯)	

●来院理由をお書きください。（いつから、どんな症状があるかなど）

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？☐いいえ ☐はい

●これまでに薬・食べ物・アルコールなどでアレルギー反応がでたことはありますか？
☐ない ☐ある：薬の名前・食べ物などを具体的に記入してください↓
()

●他の医療機関に通院していますか？☐していない ☐している(病院：)

●現在治療中の病気はありますか？
☐ない ☐ある(病名：)

●現在、飲んでいる薬はありますか？
☐ない ☐ある(薬の名前：)

●既往歴 *今までにかかった病気・手術歴はありますか？ ☐特になし ☐あり：下表に記入↓

年齢	疾患名・手術内容等	年齢	疾患名・手術内容等
例：50歳頃	例：虫垂炎、虫垂切除		

*輸血をしたことはありますか？ ☐なし ☐あり(いつ頃：)

●家族歴 *家族(血縁関係のある方)でかかったことのある病気はありますか？
☐ない ☐わからない ☐ある→続柄・疾患名を下表に記入↓

続柄	疾患名	続柄	疾患名	続柄	疾患名
例：祖父	例：大腸がん				
続柄	疾患名	続柄	疾患名	続柄	疾患名

●嗜好
*喫煙はしますか？ ☐いいえ ☐はい(本/日 × 年間)
※禁煙されている場合：()年前から禁煙

*飲酒はしますか？ ☐いいえ ☐はい
→はいの場合は飲酒量を記入してください。例：ビール350mL2缶／週に3回
()

●その他 ☐未婚 ☐既婚 (子供 人)

●女性の方
*現在、妊娠中または授乳中ですか ☐いいえ ☐はい
*ピルの服用 ☐なし ☐あり (最終生理日： 月 日)