はじめて来院された方へ（18歳以上の方）

下記の項目について、記入もしくは〇で囲んでください。

令和　　年　　月　　日

ふりがな		男 ・ 女
患者氏名		
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）	
現住所	〒	
＊住民票住所が異なる方⇒		TEL:
＊現在帰省中の方は滞在先⇒		TEL:
電　話	自宅:	携帯:

1. 本日はどのようなことでこられましたか？　いつ頃から、どのような状態になったかを簡単に記入して下さい。

体温　　.　　℃

2. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか？

①治療中の病気　・なし

・あり→

病名:
通院中の医療機関:

②服用している薬　・なし

・あり→

薬の名前:

3. 今までにかかった病気や入院、手術等があったら記入してください。

年齢	内容

4. この1年間で健診を受診しましたか？　〔　はい　・　いいえ　〕

5. アレルギー性疾患にかかったことがありますか？　〔　ある　・　ない　〕

□ 気管支喘息　（　　歳）　□ アトピー性皮膚炎　（　　歳）

□ アレルギー性鼻炎　（　　歳）　□ アレルギー性結膜炎　（　　歳）

□ 花粉症　（　　歳）　□ じんましん　（　　歳）

□ 食物アレルギー　（　　歳）　（原因食物:　　）

（症状:　　）

□ その他　（　　）

6. 注射・飲み薬で異常を起こしたことはありますか？　〔　ある　・　ない　〕

ある場合は詳しく記入してください。

7. 患者さんの両親、兄弟姉妹について、年齢・性別をご記入ください。大きい病気や慢性の病気にかかったことがある場合は〔　　〕にご記入下さい。

父（　　歳）〔　　〕

母（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹①（男 ・ 女）（　　歳）〔　　〕

兄弟姉妹②（男 ・ 女）（　　歳）〔　　〕

8. （女性のみ）現在妊娠中、又は授乳中ですか　〔　はい　・　いいえ　〕

あすなろクリニック