

ふりがな _____ (明治・大正・昭和・平成)

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

〒 _____ 性別 男 ・ 女 _____ 年齢 _____ 歳 _____

住所 _____

自宅電話番号 _____ 携帯番号 _____

メールアドレス _____ @ _____
 (※メールアドレスは、当院からのご連絡・ご案内をする際に使用させていただきます)

職種 _____

体温 _____ 度
体重 _____ kg

※お子さんのみ記入

*女性の方のみ記入してください。

最終月経： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 ・ 閉経 (_____) 年前

妊娠の可能性ある・妊娠中 (_____ ヶ月) ・授乳中 (お子さんの年齢： _____ 歳 _____ ヶ月)

1. 本日はいつ頃から、どのような症状があり来院されましたか？

その他、希望があれば○をつけて下さい→ ・健康診断 ・禁煙外来 ・アレルギー検査 ・エピペン処方

いつ頃から	症状

2. 今までに治療したことがある病気、現在治療中の病気、手術歴をご記入下さい。
 ※お薬手帳をお持ちの方は、拝見させて下さい。

・ _____ 歳 病名・手術： _____ (病院名： _____)
 薬名 _____

・ _____ 歳 病名・手術： _____ (病院名： _____)
 薬名 _____

・なし

3. タバコについて、○をつけて下さい。

現在喫煙している _____ ・ 以前に喫煙していた _____ ・ 喫煙した事がない _____

(_____) 歳 ~ (_____) 歳 今までで一番多い時で、1日 (_____) 本くらい

4. ペットについて、○をつけて下さい。

・飼っている (_____) 匹：種類 _____ ： (屋内・屋外) _____ ・飼っていない _____

(_____) 匹：種類 _____ ： (屋内・屋外) _____

5. 以下の診断を受けたことがありますか？ ○をつけて下さい。

・喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・アレルギー性結膜炎
 金属アレルギー・食物アレルギー (_____) ・その他 (_____)

・なし

6. 血縁者の方で、喘息と診断されている方はいますか？ ○をつけて下さい。

・はい (父・母・祖父・祖母・子供・その他 _____) ・いいえ _____

~当院をどちらで知りましたか？~

・他院からの紹介 (病院名： _____) ・家族から _____ ・知り合いから _____ ・職場 _____ ・電話帳 _____

・ホームページ _____ ・十勝毎日新聞 _____ ・その他 (_____)