

ふりがな -----	生年月日 (<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和)
お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年 月 日 (歳)
住所 〒 (-)	
自宅電話番号	携帯電話番号
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： 会社・学校名： _____	体温 度

*	お子さんのみお答えください。 服用可能なお薬の形状 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ 体重 kg
*	女性の方のみお答えください。 最終月経： 月 日 ~ 月 日 閉経 () 年前 <input type="checkbox"/> 妊娠中： ヶ月 (出産予定日： 病院名：) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中 (お子さんの年齢： 歳 ヶ月)
*	65歳以上の方のみお答えください。肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい (下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> いいえ (接種日： 接種病院名：)
*	マイナ保険証を提示された方のみお答えください。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1	<p>どのような症状で来院されましたか？紹介状をお持ちの方はご提出ください。</p> <p>その他希望があればご記入ください。 <input type="checkbox"/>健康診断 <input type="checkbox"/>禁煙外来 <input type="checkbox"/>アレルギー検査 <input type="checkbox"/>エピペン処方</p> <p>いつ頃から 症状</p>
---	---

2	<p>現在治療中の病気、服用中の薬、今までかかった病気、手術歴はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。</p> <p><input type="checkbox"/>はい（下記にご記入ください） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>（ ）歳 病名・手術： _____ 病院名： _____ 薬名 _____</p> <p>（ ）歳 病名・手術： _____ 病院名： _____ 薬名 _____</p>
3	<p>タバコについてお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙した事がない</p> <p><input type="checkbox"/>以前に喫煙していた →</p> <p><input type="checkbox"/>現在喫煙している →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 200px;"> <p style="text-align: center;">（ ）歳 ～ （ ）歳</p> <p style="text-align: center;">今までで一番多い時で1日（ ）本くらい</p> </div>
4	<p>ペットについてお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/>飼っている（下記にご記入ください） <input type="checkbox"/>飼っていない</p> <p>（ ）匹 種類： _____ 品種： _____ <input type="checkbox"/>屋内 <input type="checkbox"/>屋外 （ ）年前～</p> <p>（ ）匹 種類： _____ 品種： _____ <input type="checkbox"/>屋内 <input type="checkbox"/>屋外 （ ）年前～</p>
5	<p>アレルギーの診断を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい（下記にご記入ください） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>喘息 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>花粉症 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>蕁麻疹 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー性結膜炎 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>金属アレルギー （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤アレルギー （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____) （種類： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>食物アレルギー （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____) （種類： _____)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 （ ）歳 初めて診断を受けた病院名： _____) （種類： _____)</p>
6	<p>血縁者の方で、喘息と診断されている方はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい（下記にご記入ください） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>子ども <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
7	<p>この1年間で健康診断（特定健診または高齢者健診）を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい（下記にご記入ください） <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>（時期： _____ 指摘事項： _____)</p>
8	<p>当院をどちらで知りましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>他院からの紹介（病院名： _____) <input type="checkbox"/>家族から <input type="checkbox"/>知り合いから <input type="checkbox"/>職場</p> <p><input type="checkbox"/>電話帳 <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>十勝毎日新聞 <input type="checkbox"/>その他（)</p>