

フリガナ			
お名前	(男・女)	生年 月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
ご住所 以外の 連絡先	〒	電話番号	様方 (実家・職場・その他)
電話番号		携帯番号	

次の項目につき、ご記入、または○でかこんで下さい。

1. 今日はどうなさいましたか (いつから、どんな症状ですか)	
2. 今までにかかった 病気はありますか	はい ・ いいえ ⇒はいの場合、以下に○をつけてください 高血圧・糖尿病・高脂血症・肝臓病・心臓疾患・ 脳血管障害・喘息・前立腺肥大・甲状腺疾患・その他 ()
3. アレルギー体質ですか	はい ・ いいえ ⇒はいの場合、以下に○をつけて下さい 喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・花粉症・ たまご・乳製品・魚介類・その他 ()
4. 今までお薬を飲んで 副作用が出たことはありますか	はい ・ いいえ ⇒はいの場合、症状に○をつけて下さい 薬疹・ショック・その他 () お薬名 ()
5. 現在、服薬中のお薬は ありますか	はい ・ いいえ ⇒はいの場合、何のお薬ですか ()
6. 喫煙歴はありますか	ある ・ ない ⇒ある場合、お答えください 現在吸っている ・ 以前吸っていた⇒ 1日 本位
7. 現在の職業を教えてください	会社員・自営業・公務員・専業主婦・学生 パート・アルバイト・その他 ()
8. ご結婚はされていますか	既 婚 ・ 未 婚
9. 女性の方は 現在、妊娠中または授乳中ですか	妊娠中 ・ 授乳中