

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳 身長 cm 体重 kg

1. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？

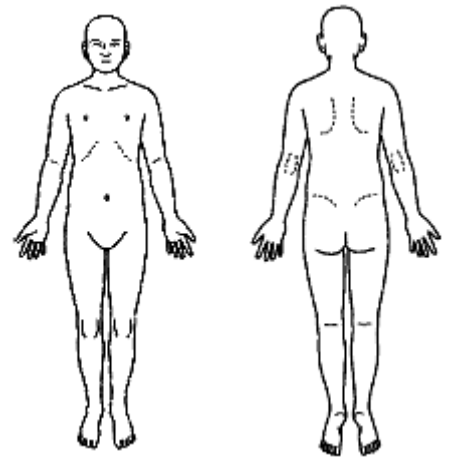
- ある（薬品・消毒薬： _____ 食品： _____ その他： _____）
 （じんましん・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
 気管支喘息）

 なし

2. 今日はどのような症状で受診されましたか？

症状のある箇所へ印を付けてください。

いつ頃からですか？	どのような症状ですか？
-----------	-------------



3. 上記の症状で他の病院で治療を受けられましたか？

-
- はい : 病名、治療内容、薬剤名などご記入下さい。

(_____)

 いいえ

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

-
- ある
-
- なし

何歳ごろ	病名
------	----

5. 現在、治療している病気がありますか？

- はい（病名 _____） いいえ
 薬剤（ _____ ）

6. 喫煙

-
- ある 本/日 _____ 禁煙歴（ _____ ）より禁煙
-
- なし

7. 飲酒

-
- ある 本/日 _____ 種類(ビール・焼酎・日本酒・その他 _____)
-
- なし

☆ 女性の方は、以下の質問にお答えください。

妊娠: していない わからない している(_____ 週)授乳中: はい いいえ