

下記の質問にお答え下さい。

住所

ふりがな

氏名

電話番号

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

世帯主

世帯主との続柄

1. いつごろからどのような症状がありますか？

[]

2. 今まで薬や食物でアレルギーが出たことはありますか？

薬の名前 []

食べ物の種類 []

その他（金属、アルコール綿など） []

3. 手術などにより体内に金属などが入っていますか？（はい・いいえ）
（人工関節、脳動脈瘤に対するクリップ、ステント、ペースメーカー）

4. 入れ歯や義歯はありますか？（はい・いいえ）

5. 幼少期から現在までにかかった病気やけが、現在治療中の病気を下記の表に記入して下さい。

年齢	病名	医療機関	年齢	病名	医療機関

6. 現在服用中の薬がありますか？（はい・いいえ）

7. 本日、その薬の名前がわかるもの（お薬手帳など）を持参していますか？
（はい・いいえ）

8. 今回当院をどのようなきっかけで知りましたか？

[]