No.

はじめての方に

フリガナ お名前		男・女	生年月日 明 大 昭 平 . . （ 才）
おところ			
お電話		ご職業	

Q1 どうされましたか（検査・点滴・ご相談などご希望があればお書き下さい）

Q2 今、治療中の病気がありますか
ない　ある　（病名　　）

Q3 今までにかかった病気はありますか
ある方は○を付けて下さい
高血圧　低血圧　貧血　糖尿病　心臓病
胃腸病　肝臓病　腎臓病　ぜんそく
その他（　　）

Q4 飲んでいるお薬はありますか
ない　ある　（薬名　　）

Q5 今までに薬や注射でアレルギーが出たことがありますか
ない　ある　（薬名　　）

Q6 タバコは吸いますか
いいえ　はい　（1日に　　本　　才から）

Q7 アルコールは飲みますか
いいえ　はい　（週　　回）
ビール（　　本）　日本酒（　　合）　焼酎（　　合）
その他（　　を　　）

Q8 ご家族で右記の病気をされた方がみえますか
ある方は○を付けて下さい
結核　糖尿病　心臓病　ぜんそく　ガン　脳卒中
肝臓病　その他（　　）

Q9 （女性の方へ）
妊娠中ですか
または授乳中ですか
いいえ　はい　わからない
妊娠中の方（　　週目）

広田クリニック