

②	今までに右記の病気にかかれたことはありますか？	癌・糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・甲状腺疾患 ・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・その他)・精神疾患
③	上記②のために現在も飲まれている薬がありますか (薬品名:)	
④	②以外に現在治療中の病気はありますか？ その病気について飲まれている薬がある場合はご記入ください。	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 : 薬品名 :
⑤	手術や入院されたことはありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 : 病院名 : いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 : 病院名 :
⑥	喘息にかかったことはありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 最終発作 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
⑦	内服薬や注射の副作用(アレルギー等)を 起こしたことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 薬品名 : 症状 : いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 薬品名 : 症状 :
⑧	薬品以外で右記のアレルギーを起こした ことはありますか？	はい・いいえ アルコール綿・金属・ゴム 食べ物(ピーナッツ・大豆・卵・その他) その他の場合() いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑨	心臓病・不整脈と言われたことは ありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑩	てんかんの発作がでたことが ありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) (薬品名;)
⑪	バセドウ病(甲状腺機能亢進症)と 言われたことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑫	橋本病(甲状腺機能低下症)と 言われたことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑬	歯科などの局所麻酔でトラブルが 起きたことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑭	手術時に麻酔のトラブルが 起こったことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑮	副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)を 長期に使用したことがありますか？	はい・いいえ いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑯	血が止まりにくかったこと、止まりにくい と言われたことはありますか？	はい・いいえ
⑰	今まで右記のような症状が起こった ことがありますか？	はい・いいえ 過緊張・過呼吸・パニック・その他の自律神経系の症状 その他()
⑱	現在常用しているお薬やサプリメントは ありますか？	はい・いいえ (薬品名)
⑲	喫煙していますか？ 同居のご家族で喫煙されている方は いますか？	はい・いいえ 本数:約 本/1日 期間(年間) はい・いいえ ご主人・両親・その他()
⑳	身内の方で右記の病気になられた方はいますか？ 該当される方をご記入ください。	癌()糖尿病()高血圧()脳梗塞()
VII	通院時間について	車・電車・徒歩・その他 約 時間 分
VIII	お仕事について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (常勤・パート:職種)
IX	受診のきっかけについて	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他()

ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。