

ご記入をお願いいたします

受診年月日 年 月 日

フリガナ.....

お名前.....

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳).....

ご住所 〒 - .....

電話番号 (自宅) - - (携帯) - - .....

☆いかがなされましたか？ (いつからどのように具合が悪くなりましたか?)  
【 .....

☆現在までに、かかった病気をお尋ねいたします。(該当するものに○をお付けください).....

- ①脳卒中 ②がん ③心臓病・不整脈 ④高血圧 ⑤脂質異常症 (コレステロールの異常) ⑥糖尿病 ⑦ぜんそく・肺の病気 ⑧肝臓病 ⑨胃炎・胃潰瘍  
その他の病気【 .....

☆現在、他の病院ないしはクリニックにかかっていますか？ そこでは、お薬をもらっていますか？  
【 .....

☆お薬・食べ物などで気分が悪くなったり、発疹が出たりして、具合が悪くなったことがありますか？ アレルギーがありますか？  
【 .....

☆女性の方にお尋ねします。妊娠されていますか？【はい・いいえ】  
授乳されていますか？【はい・いいえ】

☆ご両親・ご兄弟など血のつながった方で、①がん ②結核 ③脂質異常症 ④脳卒中 ⑤ぜんそく ⑥糖尿病 ⑦高血圧 ⑧心筋梗塞 などの重い病気にかかった方はおられますか？ (該当するものに○をお付けください).....  
その他の病気【 .....

ありがとうございました。  
駅前さとりブレストクリニック