

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？
ない・ある（ ）

*お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください

4. 喫煙

元々吸わない

現在吸う（ ）才～ 1日（ ）本

以前は吸っていた（ ）才まで 1日（ ）本

5. 飲酒

飲む頻度（飲まない・月1～2回・週回・ほぼ毎日）

お酒の種類（ ） 1回に飲む量（ ）

6. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある・ない
どのようなものですか？ 薬・食べ物（ ）

7. 血のつながっている人で、以下の病気にかかった、
もしくは治療中の人はいいますか？

糖尿病・高血圧症・脳卒中・心臓病・腎臓病・結核・

がん（ ）

8. (女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ (いいえ・はい)

現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ (いいえ・はい)

9. その他、医師に伝えておきたいことがあれば、お書きください

10. 誰と一緒に来院されましたか？（ ）

☆ 当院をお知りになったきっかけ

家族から聞いた（ ）様が通院しているから）・

知人（ ）様から聞いて）・他の医療機関から聞いて・

近所・通りがかり・看板・インターネット・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。受付へご提出ください。

個人情報保護法に基づき、当院での診療目的以外には利用しません。