

票 診 問

ふりがな		男 女	現住所	〒(-)	
氏名					
生年月日	大・昭 平・令 年 月 日生 ()才	電話	() -		
		携帯	() -		
		体重	kg		

どのような症状で、ご来院されましたか。

()

*それはいつ頃からですか。()

いままでに大きな病気や、手術を受けられたことがありますか？

☐ ない

□ある いつ頃() どんな病気()

現在他院で治療中の病気や、飲んでいる薬があれば、わかる範囲でご記入下さい

☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐心疾患 ☐高脂血症 ☐痛風 ☐肝機能障害 ☐腎機能障害

□B型・C型肝炎、HIVなどの感染症 □癌（治療後も含めて） □喘息などの肺疾患

☐胃炎・胃潰瘍 ☐不眠症 ☐緑内障 ☐その他()

薬や食物・注射に対するアレルギーはありますか？

☐ ない

☐ある ☐薬 ☐ピリン禁 ☐アルコール禁 ☐湿布かぶれ ☐麻酔 ☐食物

☐ハウスダスト ☐花粉症 ☐その他

ある方は詳しく ()

特に、歯科などで麻酔を使った手術を受けたとき、異常はありませんでしたか？

☐異常なし☐異常あり ()

※女性にお訪ねします。現在妊娠していますか、またその可能性はありますか※

☐はい(妊娠 月) ☐いいえ

※授乳中ですか※

☐はい ☐いいえ

ご本人・ご家族の方で1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

☐いいえ ☐はい 国または地域()

喫煙状況について

☐ たばこを吸ったことがない

☐吸っているが禁煙しようと思っている

□禁煙に成功した

☐吸っていて禁煙するつもりはない

(本/日× 年)