

お名前		ふりがな	
住所	(変更ある方のみ)〒		
TEL	(変更ある方のみ)		

① 本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。

来院時体温	℃

！！重要！！			
◎他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい	・	いいえ
◎今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入して下さい	はい	→	()
	いいえ		
◎緑内障の既往歴はありますか？	はい	・	いいえ
◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？	はい	・	いいえ
◎(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？	はい(週)	・	いいえ
現在、授乳中ですか？	はい	・	いいえ

② 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？

はい	→	(いつ頃:	)
いいえ		渡航先:	

③ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？

はい	→	()
いいえ		

④ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい	→	(医療機関名:	)
いいえ		治療内容:	

⑤ 日常生活において、当てはまるところに○印を、()内は数字をお書きください。

*たばこについて ・吸わない ・吸っていた ・吸っている
↳ 1:1日に()本くらい 2:合計()年間くらい

*アルコールについて ・毎日 ・週5日程度 ・時々 ・ほとんど飲まない