

フリガナ		生年月日
氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所	長崎市 西彼杵郡	
電話番号	携帯：	ご職業(差し支えなければ)
	自宅：	

1.症状についてご記入と○を付けてください。 ※小学6年生以下の方→体重 Kg

いつから	右・左・両側	◎どうなさいましたか？
	どこが	できもの ホクロ イボ たこ 魚の目 巻き爪 にきび 湿疹 かぶれ かゆみ やけど 打撲 捻挫 切り傷 すり傷 痛み 眼瞼下垂(まぶたの下がり) その他()

2.現在治療中の病気に○を付けてください。

病気はない
 高血圧 糖尿病 喘息 胃 心臓病 痛風 脳梗塞 脳卒中 前立腺肥大
 がん 緑内障 心療内科疾患 整形外科疾患 その他 ()

3.入院されたことがありますか？

ない ある(病名：)

4.歯科を含め麻酔をされたことがありますか？

ない ある

5.注射、または薬を飲んで体調が悪くなった事がありますか？

ない ある 【薬名または種類】：()
 【どのような症状】：()

6.血液を固まりにくくする薬(血液サラサラ)を飲んでいますか？

飲んでいない 飲んでいる(薬の名前：)

7.B型肝炎・C型肝炎と言われたことがありますか？○を付けてください。

ない B型肝炎 C型肝炎

8.女性の方へ、現在妊娠中または授乳中ですか？

していない 妊娠中(ヶ月) 授乳中

9.当院に来院されたきっかけは何ですか？

看板 ホームページ 近所 家族 知人 以前受診したことがある
 他院からの紹介(病院名：)