

No. _____

○ **現在**、治療中あるいは通院中の病気はありますか？ ある ・ ない

「ある」の方は、病名（分からなければ症状でも構いません）をご記入ください。

[_____]

○ **以前にかかった**病気はありますか？あれば丸で囲んでください。 とくにない

高血圧・心臓の疾患・脳卒中・糖尿病・腎臓の疾患・肺の疾患・甲状腺の疾患・肝臓の疾患
B型肝炎・C型肝炎・HIV感染症・骨粗しょう症・胃の疾患・血液の疾患・うつ病・統合失調症
上記以外の病名は、ご記入ください。（病名 _____）

○ 現在、使用している**お薬**はありますか？ ある ・ とくになし

[お薬の名前（分かる範囲でご記入ください）
_____]

○ **手術**を受けたことはありますか？ ある ・ ない

「ある」→（受けた手術： _____（ _____ 歳の時） **輸血**：した していない）

○ **アレルギー**・（薬は副作用もご記入ください）はありますか？ ある ・ ない

お薬（ _____ ） 食べ物（ _____ ）
金属 花粉 その他（ _____ ）

○ **たばこ**は吸いますか？ 吸わない・以前吸っていた 吸っている

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日およそ _____ 本）

○ **お酒**は飲みますか？ 飲む・以前は飲んでいて 飲まない

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日に飲む量：およそ _____ ）

○（女性の方）**妊娠中**あるいは**授乳中**ですか？ いいえ・妊娠中・授乳中

○受診中の**医院**（あり・なし） ありの方（医院名）

○かかりつけの**歯科医院**（あり・なし） ありの方（歯科医院名）

○ 当院での診療の**費用**について、ご希望をお伺いします。

保険が利く範囲内で対応してほしい 保険が利かない診療も、説明を受けて考えてみたい

○ 当院をどちらで知りましたか？

ホームページ / Twitter / instagram / Facebook / Google map その他のインターネット）

通りがかり ・ 医療機関からの紹介 ・ 親族・知人から聞いた ・ その他（ _____ ）