

<p>今回の症状で、他の病院を受診されましたか？また、いつ頃受診されましたか？ いいえ・はい 病院名： 年 月頃</p>
<p>今までにどんな病気や手術をされましたか？ 病名： 手術名 ()歳頃</p>
<p>現在、他の病院に通院されていますか？ いいえ はい 病院名： 、病名</p>
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい 薬剤名：</p>
<p>今までにお薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？ ない ある 原因：アルコール綿・卵・牛乳・薬() その他()</p>
<p>ご家族で脳や神経の病気の方はいらっしゃいますか？ 祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・おじ・おば・いとこ 病名：</p>
<p>妊娠している可能性はありますか？ ない・ある 妊娠 カ月</p>
<p>現在、授乳中ですか？ いいえ・はい</p>
<p>タバコは吸われますか？ いいえ・以前は吸っていたが今はやめた 歳～ 歳まで、 本/日 はい 歳から、 本/日</p>
<p>お酒は飲みますか？ いいえ はい(合/日) 毎日・ 日/週・ 日/月</p>
<p>その他に心配なことがありましたらお書きください。</p>

職員記入欄	保険証	紹介状	入力者
診察券番号 ()			