

ID

初診 問診票 (アレルギー外来)

記入日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男 女

ご住所 〒

お電話番号 (自宅)

(携帯)

1. アレルギー外来ご受診の理由をお答えください。
2. 治療について、特別に希望されることがありますか。
4. 今までの治療経過について簡単に説明してください。

何歳から

どんな治療を

5. 出生時の様子 妊娠 週 日/体重 g/ 経膈分娩 帝王切開術

9. 今までに入院歴や大きな病気はありましたか
なし あり (内容)

10. 薬剤アレルギー なし
あり (薬品名 /食品名 /その他)

11. 家族にアレルギーの方はいますか なし あり

12. 当院はどのようにしてお知りになりましたか?

知人からの紹介 看板 広告 ホームページ

その他 (具体的に)

ご記載ありがとうございました。