

# レン・ファミリークリニック

## 受 診 票

フリガナ		男	生	明・大・昭・平		
氏 名		女	年	月	日生	歳
住 所	〒				電話 ( )	—
					E-mail	
勤務先		電話	( )	—		
紹介者		電話	( )	—	続柄	
以下のことがらについてご記入下さい。わからないところは空白でけっこうです。 あとで看護師がお聞きします。						
1) 今日はどうされましたか？ それはいつ頃からですか？						
2) 今迄に注射、飲み薬、ぬり薬で局部や全身が赤く腫れたり、発疹が起きたり、気分が悪くなったりしたことがありますか。						
はい・いいえ・不明						
3) たこ・かに・さば・卵・牛乳などを食べて、じんましん、下痢をおこしたことがありますか。						
はい・いいえ・不明						
4) 塗料・化粧品・洗剤などを使って、皮膚病にかかったことがありますか。						
はい・いいえ・不明						
5) 身内の方（あるいは本人）で喘息、花粉症のアレルギーの体質の方はいますか。						
はい・いいえ・不明						
6) 今までにけいれんを起こしたことがありますか。						
はい・いいえ・不明						
7) 女性の方、現在妊娠あるいはその可能性はありますか。						
はい・いいえ・不明						
* 最終月経はいつですか。						
/ — / 日間						
* 閉経は、何歳の時ですか。						
歳						
8) 現在までにつぎの病気にかかったことがありますか。 喘息・じんましん・アレルギー疾患・心臓病・高血圧 脳疾患・腎臓病・肝臓病・糖尿病・精神疾患						
はい・いいえ・不明						
9) 上記以外に大きな病気や手術をしたことがありますか。 (病名 )						
はい・いいえ・不明						
10) 現在治療中の病気はございますか。						
はい・いいえ・不明						
11) 現在内服中のお薬を教えてください。						