

# 初めて来院された患者様へ

お名前 \_\_\_\_\_

- ◎ 家族構成（ご本人と同居している方に○をお付けください。）

父 母 兄（      人） 姉（      人） 弟（      人） 妹（      人）  
父方（祖父 祖母） 母方（祖父 祖母） その他（      ）

- ◎ お薬で具合の悪くなつたことがありますか？

無    •    有 → (薬品名：                          ) 症状：

- ◎ 食物のアレルギーは ありますか？

無    •    有 → (食品名：                          ) 症状：

- ◎ 今までにかかった病気

発症年齢	病名	入院歴・手術歴など	継続の有無
才			有・無
才			有・無

- ◎ その他、伝えたい事などがあればご自由にお書き下さい。

