

● 今までかかった、又は現在かかっている病気はありますか？

- 高血圧 (現在・以前) 脂質異常症 (現在・以前) 糖尿病 (現在・以前)
- 脳梗塞 (現在・以前) 甲状腺疾患 (現在・以前) 不整脈 (現在・以前)
- 心筋梗塞・狭心症 (現在・以前) 腎臓疾患 (現在・以前) 膠原病 (現在・以前)
- ぜんそく (現在・以前) アトピー (現在・以前) アレルギー(現在・以前)
- 神経症 (現在・以前)

その他 _____

● 薬のアレルギーはありますか (ある ・ ない)

薬の名前 (_____)

● お薬手帳はお持ちですか (はい ・ いいえ ・ 持参忘れ)

● 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせ下さい 妊娠中 (週数) 授乳中

●当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するためにオンライン資格確認を導入しています

ご協力有難うございました。ご不明な点があれば受付・看護師・医師にお申し出下さい