(在所 (〒 一) 電話番号	已入日:令和 年	- 月 日			/1/
(上所(〒 一) 電話番号	らりがな		生年月日(明大昭3	平) 年齢 性別	
(住所(〒 -) 電話番号	3名前				
マ祭急連絡先★ (検査異常、忘れ物があった場合などに必要です。必ずご記入ください。) 日中連絡がつく電話番号 () 携帯電話・勤務先・その他()			年 月	日 歳 男・	女
日中連絡がつく電話番号 () 携帯電話・勤務先・その他() 文字	住所(〒 -	-)		電話番号	
日中連絡がつく電話番号 () 携帯電話・勤務先・その他() 漢 () 家族構成 ()人(ご本人含む) ※ () 家族構成 ()人(ご本人含む) ※ () 家族構成 () 人(ご本人含む) ※ () 家族構成 () 人(ご本人含む) ※ () 》 () ※ () ※ () ※ () ※ () ※ () ※ () 》 () 》 () ※ () ※ () ※ () 》					
日中連絡がつく電話番号 () 携帯電話・勤務先・その他() () 家族構成 () 人(ご本人含む) () 家族構成 () 人(ご本人含む) () おかまな症状、目的で来院されましたか。該当する番号に○をつけ□内にご記入ください。 () 定期受診 2. 相談 3. 体調不良 (→別紙にもご記入ください) 4. 健康診断(検討) . 健康診断(検討) 4. 健康治療 (□内にご記入ください) () 今までかかった主な病名にチェック(レ)またはご記入ください。その時の年齢を教えてください。 (□内にご記入ください) ((□内にご記入ください)	取 与 油 紋 生 ★ (。た担合わじに立画です	- ルザブ記ユノだない	\
*** ** ** ** ** ** ** *					\
どのような症状、目的で来院されましたか。該当する番号に○をつけ□内にご記入ください。 定期受診 2. 相談 3. 体調不良 (→別紙にもご記入ください) 4. 健康診断(検言		<u> </u>)
. 定期受診 2. 相談 3. 体調不良 (→別紙にもご記入ください) 4. 健康診断(検言 5. 健診(検診)異常 6. いびき・無呼吸検査 7. 禁煙治療 8. その他 (検診結果を受付にお見せください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください) (□内にご記入ください 一方の 一方の	(未)		多 灰	(二个人古む)	
1. 定期受診 2. 相談 3. 体調不良 (→別紙にもご記入ください) 4. 健康診断(検言 5. 健診(検診)異常 6. いびき・無呼吸検査 7. 禁煙治療 8. その他 (検診結果を受付にお見せください) (□内にご記入ください) (□内にご記入(□内にご記入(□内にご記入(□内にご記入(□内にご記入(□内にご記入(□内にご記入(□内にご记入() どの とうた症状	日的で本院されました。	か 該当する乗品に○な	へは口内にご記すくだ。	とい
 (検診(検診)異常 6. いびき・無呼吸検査 7. 禁煙治療 8. その他 (検診結果を受付にお見せください) (□内にご記入ください。その時の年齢を教えてください。 その時の年齢を教えてください。 その時の年齢を教えてください。 その時の年齢を教えてください。 その時の年齢を教えてください。 との時の年齢を教えてください。 との他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください。 を表し、 に					
(□内にご記入ください) (□内にご記入ください。 (□内ににご記入ください。 (□内にににいてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入についてに入いていてに入いていてに入いていていていていていていていていていていていて	定期受診 2	. 相談 3. 体調不」	良(→別紙にもご記入く	ださい) 4. 健康診断(検診
(i. 健診(検診)異常	8 6. いびき・無呼	吸検査 7. 禁煙治療	8. その他	
今までかかった主な病名にチェック(レ)またはご記入ください。その時の年齢を教えてください。 特になし				•	"さい ["]
特になし					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
特になし □ <u>高血圧</u> 歳頃 □ <u>脳卒中</u> 歳頃 □ <u>気管支喘息</u>					
緑内障 歳頃 □ <u>糖尿病</u> 歳頃 □ <u>脳梗塞</u> 歳頃 □ 肺気腫 前立腺肥大症 歳頃 □ 脂質異常症 歳頃 □ 脳出血 歳頃 □ 慢性閉塞性 心臓病 歳頃 □ コンステロール・中性脂肪が高い)□ <u>くも膜下出血</u> 歳頃 <u>肺疾患(COPD)</u> 病心筋梗塞 歳頃 □ 胃潰瘍 歳頃 □ リウマチ 歳頃 □ アトピー性皮膚炎 病疾・心症 歳頃 □ 十二指腸潰瘍 歳頃 □ 膠原病 歳頃 □ アレルギー性鼻炎 病死整脈 歳頃 □ 肝臓病 歳頃 □ 骨粗しょう症 歳頃 □ 花粉症 病 心臓ペースメーカー 歳頃 □ 腎臓病 歳頃 □ がん・腫瘍(部位) 前その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください (歳頃 病名:	今までかかった	主な病名にチェック(レ)	またはご記入ください。そ	その時の年齢 を教えてく	ださ
緑内障 歳頃 □ <u>糖尿病</u> 歳頃 □ <u>脳梗塞</u> 歳頃 □ 肺気腫 前立腺肥大症 歳頃 □ 脂質異常症 歳頃 □ 脳出血 歳頃 □ 慢性閉塞性 心臓病 歳頃 □ コンステロール・中性脂肪が高い)□ <u>くも膜下出血</u> 歳頃 <u>肺疾患(COPD)</u> 病心筋梗塞 歳頃 □ 胃潰瘍 歳頃 □ リウマチ 歳頃 □ アトピー性皮膚炎 病疾・心症 歳頃 □ 十二指腸潰瘍 歳頃 □ 膠原病 歳頃 □ アレルギー性鼻炎 病死整脈 歳頃 □ 肝臓病 歳頃 □ 骨粗しょう症 歳頃 □ 花粉症 病 心臓ペースメーカー 歳頃 □ 腎臓病 歳頃 □ がん・腫瘍(部位) 前その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください (歳頃 病名:	特になし	□ 高血圧	歳頃 □ 脳卒中	歳頃 □ 気管支喘息	歳
前立腺肥大症 歳頃 脂質異常症 歳頃 脳出血 歳頃 慢性閉塞性 心臓病 歳頃 (コレステロール・中性脂肪が高い) 〈も膜下出血 歳頃 肺疾患 (COPD)		<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·	歳
 心臓病 歳頃 (コレステロール・中性脂肪が高い) □ <1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		<u> </u>	· <u></u>	.,	"47.
心筋梗塞 歳頃 目潰瘍 歳頃 リウマチ 歳頃 アトピー性皮膚炎 房 狭心症 歳頃 十二指腸潰瘍 歳頃 膠原病 歳頃 アレルギー性鼻炎 房 不整脈 歳頃 肝臓病 歳頃 骨粗しょう症 歳頃 花粉症 房 その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください (歳頃 病名: (家頃 病名: (家母機関名 (家母機関名 病名: (家母機関名 (家母機関本 (家母機関本 <t< td=""><td></td><td></td><td></td><td></td><td>歳</td></t<>					歳
 狭心症 歳頃 □ 十二指腸潰瘍 歳頃 □ 膠原病 歳頃 □ アレルギー性鼻炎 房 不整脈 歳頃 □ 肝臓病 歳頃 □ 骨粗しょう症 歳頃 □ 花粉症 房 心臓ペースメーカー 歳頃 □ 腎臓病 歳頃 □ がん・腫瘍(部位) 房 その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください(歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (長頃 病名: (長頃 病名: (長頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:					-
不整脈 歳頃 □ 肝臓病 歳頃 □ 骨粗しょう症 歳頃 □ 花粉症 前 心臓ペースメーカー 歳頃 □ 腎臓病 歳頃 □ がん・腫瘍(部位) 前 その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください (歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (歳頃 病名: (底頃 病名:		,,,,,,			
<u>心臓ペースメーカー</u> 歳頃 □ 腎臓病 歳頃 □ がん・腫瘍(部位) 点 その他(下記にご記入ください) ※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください (歳頃 病名: (太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太太	*				
その他(下記にご記入ください)※ かかった時の年齢はわかる範囲でお書きください(歳頃 病名:(医療機関名病名:					歳
(歳頃 病名: (歳頃 病名: 今までに入院や手術をしたことがあれば教えてください (歳頃 病名: (歳頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:		, , , , , ,			歳
(歳頃 病名: 今までに入院や手術をしたことがあれば教えてください (歳頃 病名: (歳頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:	その他(下記にご	記入ください)	※ かかった時の年齢	はわかる範囲で お書きく7	どさい
今までに入院や手術をしたことがあれば教えてください(歳頃 病名:(歳頃 病名:現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください(医療機関名病名:	(歳頃 病	名:			
(歳頃 病名: (歳頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:	(歳頃 病	名:			
(歳頃 病名: (歳頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:	<u> </u>	工作ナールールだれない	シャニーナノンシャン		
(歳頃 病名: 現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:	今までに人院や	手術をしたことかあれば	教えてくたさい		
現在他院で通院または治療中の病気があれば教えてください (医療機関名 病名:	(歳頃 病	名:			
(医療機関名 病名:	(歳頃 病	名:			
	現在他院で通院	または治療中の病気が	 あれば教えてください		
	(军痞機即夕	告	夕・		,
()			<u> </u>		,
	(医療機関名		治:)
	1. ある(薬剤名	<u>7</u> :) 2. ない	