

# はじめて診察をうけられる方へ

あなたの治療上大切なことですので  
下記の表に○印をつけ御署名下さい。

## 千日前 水田内科

1. 今迄に医師よりアレルギー体質（例えば喘息等）と言われたことがありますか。	ある	ない
2. 注射をして気分が悪くなったとか、薬を飲んで発疹が出たことがありますか。	ある	ない
3. 以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか。	ある	ない
4. 家族で糖尿病や高血圧と言われた方はありますか。	ある	ない
5. 妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか。	ある	ない

その他異常なことがあった方は、必ず医師に申し出て下さい。

年 月 日

患者又は  
保護者

連絡先 TEL ( ) —

住 所