

(4) 薬・食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
『はい』の場合 薬剤名 ()
食品名 ()

(5) アルコールを飲みますか？ 飲む 飲まない
『飲む』場合 種類 () 1日量 ()

(6) タバコを吸いますか？ 吸う 吸わない
『吸う』場合 1日 () 本を () 年間

(7) 女性の方のみ
現在、妊娠中・授乳中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ
 妊娠中 () 週 授乳中
 妊娠の可能性あり
最終生理 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

(9) この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？
 はい いいえ
受診時期 ()
指摘項目 ()

(10) 他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ

ありがとうございました。