

Patient Information

(受診票)

| | | | | |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Address (現住所) | | | | |
| Name (氏名) | Birth Date (生年月日) | | | |
| | / | / | / | |
| Phone Number | () — | Male • Female | age | |
| Occupation (職業) | Phone Number () — | | | |
| What's wrong with you? (本日、来院されたのは?どうされましたか?) | | | | |
| Do you have any allergies? (あなたは今までに、アレルギーがあるとされた事がありますか?) | | | (Yes • No) | |
| Is there anybody who has allergies in your family? (あなたの家族で、アレルギーの方がおられますか?) | | | (Yes • No) | |
| Have you ever had a convulsion or seizure? (あなたはけいれん性の体質がありますか?) | | | (Yes • No) | |
| Do you have any of these problems— (あなたは現在までに、次の病気のいずれかにかかった事がありますか?) | | | | |
| Asthma ぜんそく | Nettle rash じんましん | Allergies アレルギー | Heart disease 心臓病 | Gastroenteritis 胃腸障害 |
| High blood pressure 高血圧 | Kidney trouble 腎臓病 | liver trouble 肝臓病 | Diabetes 糖尿病 | |
| Have you had any operations? (あなたは上記以外に大きな病気や手術をした事がありますか?) | | | | |
| Yes (Please write details) | | . | No | |
| Are you pregnant now or is it possible you are pregnant now? (現在、妊娠中あるいはその可能性はありますか?) | | | (Yes • No) | |
| Have you ever had an abortion? (最近、流産をした事がありますか?) | | | (Yes • No) | |

Please hand this to the receptionist after filling out this form

MIYAKO CLINIC