

ふりがな

名前

生年月日 S・H 年 月 日 男・女

住所

電話番号 身長 cm

携帯番号 体重 kg

メールアドレス @

- 生まれてから今までに先天性異常, 心臓, 腎臓, 肝臓, 血液, 脳神経, 免疫不全症, 悪性腫瘍, その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか

(いいえ/はい 病名_____)

常用薬はありますか (いいえ/はい 薬品名_____)

- 薬や食品で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか

(いいえ/はい 薬・食品名_____)

- 喫煙しますか (いいえ/はい 1日 本)

- 飲酒しますか (いいえ/はい 1日 本)

- その他、希望・質問事項など