お名前(ふりがな):＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　男・女

1・本日はどのような症状でお越しでしょうか？あてはまる症状に〇をつけてください。

発熱(　　℃)・悪寒・関節痛・のどが痛い・鼻水鼻づまり・咳・痰・
頭痛・めまい・しびれ・はきけ・嘔吐・下痢・便秘・血便・
胸痛・動悸・息苦しい・体重減少・胃痛・胸焼け・
下腹部痛・下腹部の違和感・頻尿・食欲がない・眠れない・
健康診断で要受診・その他(　　)

2・いつ頃からその症状がございますか？
(　　)

3・いままでに大きな病気にかかられたことや、入院や手術を受けられたことがございましたら教えてください。　いいえ・はい(　　)

4・現在、他の病院や診療所で治療されている病気はございますか？また、現在服用中のお薬はございますか？　いいえ・はい(　　)

※他院でのお薬を服用されている方で、現物もしくはお薬手帳など内容が書かれたもの(調剤薬局での説明書など)をお持ちでしたら、受付へご提出ください。

5・飲み薬や麻酔などで、じんましんや呼吸困難などアレルギー症状をおこしたことはございますか？(食べ物など)ございましたら、その症状と服用されたお薬の名前や種類をお教えください。　いいえ・はい(　　)

6・女性の方:妊娠中もしくは授乳中でございますか？　はい・いいえ

7・その他何かございましたらご記入ください。(　　)