

お名前(ふりがな): _____様 男・女

生年月日: T・S・H _____年 _____月 _____日 (年齢 _____歳)

郵便番号とご住所: 〒 _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

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○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てください。 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。(_____)