

フリガナ		生年月日 性別	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	男
氏名			年 月 日 ( 歳 )	女
住所	〒	電話番号		
		携帯電話		

■ 本日どうされましたか？ (いつからどのような症状が出ているかなど)

■ 上記の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ ・ はい (病院名: )

※はいの方 お薬は処方されましたか？

いいえ ・ はい

■ 現在治療中で定期的にかかっている医療機関はありますか？

いいえ ・ はい

※はいの方 病院名 ( )

病名 ( )

処方されている薬 ( )

■ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (花粉 ・ 食物 ・ 動物 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ その他 )

※はいの方 処方されている薬 ( )

■ 過去に大きなケガや病気、手術などされたことはありますか？

いいえ ・ はい 病名 ( )

■ 飲み薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい

□女性の方にお伺いします

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい ・ 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ ・ はい