

検温 。 °C



診察を受ける方へ

記入日 年 月 日

U

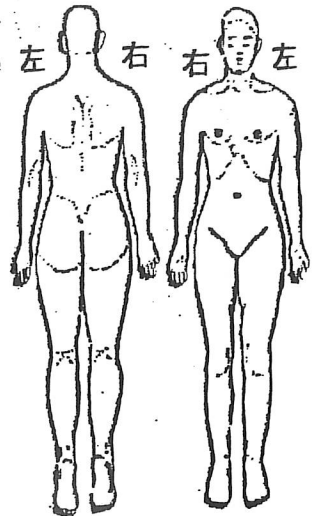
ご記入いただいた情報は、厳重に管理いたします。また、本来の目的を超えて利用することはありません。

フリガナ		生年月日			
氏名		大・昭・平	年	月	日
電話	(<input type="text"/>)	年齢	才	性別	男・女
住所	〒 <input type="text"/>				

☆今日はどうされましたか？※紹介状・健診結果をお持ちの方は受付にお出してください。

(いつ頃から、からだのどこが、どうされましたか？)

下記に症状がある部位を記入してください



☆アレルギーがありますか？

- ・薬のアレルギー (はい・いいえ)
- ・その他 (食物など) アレルギー (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ。名前をわかる範囲でおかきください。

☆現在他院からお薬をもらっていますか？ → (はい ・ いいえ)

「はい」と答えた方へ。*お薬手帳や薬の説明の紙をお持ちでしたら、受付にお出してください。

手帳がない方は、病医院名、薬の名前、一日に飲む量などをわかる範囲でお書きください。

☆**女性の方へ**

- ・妊娠または妊娠している可能性がありか？ → (はい ・ いいえ)
- ・授乳中ですか？ → (はい ・ いいえ)

☆**12歳以下の方へ** 体重は何 kg ですか？ () Kg