

検温 °C



診察を受ける方へ

記入日 年 月 日

U

●以下の症状がありますか？（当てはまるものにチェックをお願いします）

症状なし

喉の痛み 関節痛・筋肉痛 頭痛 咳 嗅覚・味覚の異常

鼻水・鼻づまり 腹痛 吐き気 下痢 嘔吐

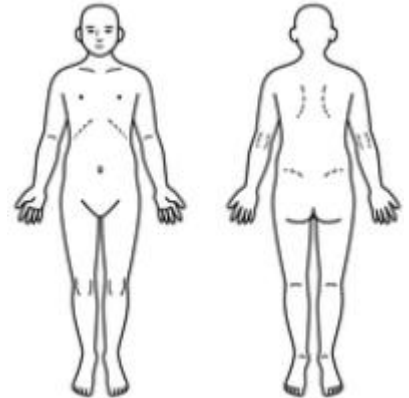
フリガナ		生年月日			
氏名		大・昭・平	年	月	日
電話	()	年齢	才	性別	男・女
住所	〒				

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。

★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書きください。

★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