

初めて来院された方へ



ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -		電話番号 - - 職業 ()

① どうなさいましたか。

発熱 _____℃ (日前から、 度まで上昇)

喉の痛み せき たん

鼻水 頭痛 めまい

腹痛 下痢 吐き気・嘔吐

胸痛 動悸 息切れ

その他 []

② 今までに大きな病気にかかられたり、手術を受けられたりしたことがありますか。

ない ある () 歳 病名 ()

③ 何か薬を飲まれていますか。お薬手帳などお忘れの場合は、お手数ですがお書き下さい。

いいえ はい (薬品名：)

お薬手帳持参

④ 今までに薬を飲んでアレルギーが出たことはありますか。

ない ある (薬品名：)

⑤ 女性の方にお聞きします。現在妊娠されている可能性は ありますか。又、授乳中ですか。

妊娠している 妊娠していない 可能性あり

授乳中