

年 月 日

ふりがな

お名前 男・女 生年月日 体温

住所 〒 電話番号
携帯番号

* 診察を円滑に行うため、下記の項目のご記入にご協力をお願いします。

1. 本日はどのようなことで来院されましたか。

(例:5日前からの咳、昨日より痰と37.5℃の熱

(いつから: 症状:)

* 最近海外旅行に行ったことはありますか。(はい・いいえ)

はい の方はどの国ですか。()

2. 薬や食べ物で気分が悪くなったり、発疹などがでたことがありますか。

ない ある (何で: 症状:)

3. 現在通院中の病気や、内服中の薬がありますか。

ない ある (病名: 内服薬:)

4. これまでに大きな病気や、入院をされたことはありますか。

ない ある (病名: いつ:)

5. お酒・タバコはのみますか。

いいえ はい (お酒: 本/日 タバコ: 本/日)

6. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中及び妊娠の可能性はありますか (ない・ある・わからない)

現在授乳中ですか。(いいえ・はい)

7. その他ご希望などあればご記入下さい。