

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