

受付番号

年 月 日

ふりがな
お名前

生年月日 年 月 日
年齢 歳

住所 〒

身長 cm
体重 kg
(お子さんの場合)

携帯電話 ()

電話番号 ()

性別 男 女 その他

該当する項目に☑印、わかる範囲でご記入ください。

◆本日はどのようなことで受診しましたか？

◆現在、治療中の病気はありますか？ ない ある

病名：

◆現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない ある

☆お薬手帳をお持ちの方は記入不要です

薬の名前：

◆これまでに大きな病気をしていますか？ ない ある

病名や手術：

◆これまでに食べ物や薬などでアレルギー症状が出たことはありますか？ ない ある

食べ物または薬の名前：

◆女性にお尋ねします。 現在妊娠中ですか？

いいえ はい 妊娠の可能性がある 不明

◆その他、特に伝えたいことがあればご記入ください。

☆検査希望、薬が欲しい/欲しくない、など

◆差し支えなければ、当院をお知りになったきっかけをお聞かせください

元々かかりつけ 通りかかった 知り合いから 広告

ホームページ ブログ その他()