

診察を受けられる方は、下記にご記入ください。

ご来院日 年 月 日 < >

ふりがな ( )	お子様の場合
■ お名前 _____ 男/女	体重 _____ kg
■ 生年月日 大正・昭和・平成・令和	年 月 日
■ ご住所 _____	
■ お電話番号 (自宅)	(携帯)
■ ご家族の連絡先	お名前 _____ 続柄 _____
(緊急連絡先)	お電話番号(自宅) _____ (携帯) _____

1) 薬品や食べ物のアレルギーはありますか? はい ・ いいえ  
はいと答えた方は、何のアレルギーですか? ( )

2) 現在、別の病院にかかられている、もしくは服用中の  
お薬がありますか? はい ・ いいえ  
病名 ( ) 薬名 ( )

3) 入院されたことがありますか? はい ・ いいえ  
病名 ( )

4) 女性の方のみお答え下さい。  
妊娠中ですか? はい ・ いいえ  
はいと答えた方…何ヶ月ですか? (妊娠 週)  
授乳中ですか? はい ・ いいえ  
はいと答えた方…お子様は何歳ですか? ( 歳 ヶ月)

5) 今日、どうされましたか?  
発熱 (現在 °C) 腹痛 頭痛 発疹 けが  
その他 ( )

6) ご家族の方でどなたか当院にかかったことのある方は いらっしゃいますか。  
はい (お名前 ) ・ いいえ

7) 当院を何でお知りになりましたか?  
・知人の紹介 ・広告 ( Kacce ・ 電柱 ・ 看板 ・ その他 ) ・ ホームページ