

ID:

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日		性別	
お名前		大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	男・女	
ご住所	〒 -	電話番号			
		職業			
<p>●ご来院の理由をわかる範囲でお書きください。</p> <p><input type="checkbox"/> 怪我・病気での受診 <input type="checkbox"/> その他 自由診療を希望 (自由診療を希望の場合) <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> ED治療薬</p> <p>いつから： どこが： どのように：</p> <p>原因は(わかる範囲)：</p> <p>●以下に当てはまるものがある場合は○を付けてください。 仕事/通勤中のけが ・ 学校でのけが ・ 交通事故</p>		身長	cm	体重	kg
		24時間以内に37.5度以上の発熱はございますか？			
		(はい ・ いいえ)			
		女性の方へ			
		現在妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)			
		現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)			
アレルギーについて					
アレルギーはございますか？ (はい ・ いいえ)					
はいに○をつけた方は下記にご記入ください。					

現在治療中の病気はありますか？または過去に大きな病気やけがをしたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

はいに○をつけた方は下記にご記入ください。

いつ頃	疾患 (病名・骨折など)	現在治療中ですか？
		(はい ・ いいえ)
		(はい ・ いいえ)

●現在飲まれているお薬はありますか？

(はい (お薬手帳をお持ちであればお出しください) ・ いいえ)

⇒「はい」とお答えの方 … どんなお薬ですか？該当するものに○を付けてください。

(血圧 ・ 糖尿 ・ 心臓 ・ 高脂血症)

(気管支拡張剤(喘息) ・ 抗凝固剤(血液をサラサラにする薬))

その他(上記以外) ()

●メール・電話などでお問い合わせをされてますか？ (はい ・ いいえ)

●要介護認定を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

～ 記入が終わりましたら、受付までお出してください ～