

体重 (k g)

ふりがな		(男・女)	大・昭・平	年	月	日生
お名前 Name			被保険者 (世帯主) との続柄			
ご住所 Address	〒 -		TEL	-----		
			携帯	-----		

① 本日はどのような症状で来院されましたか？ いつごろからですか？

② 今回その症状で他の医院を受診されたことはありますか？

③ ご家族に大病された方はいらっしゃいますか？

④ 現在、通院中の病気はありますか？ また、飲まれている薬はありますか？
今までに経験した病気がありますか？

⑤ くすりや食品などのアレルギー（発疹など）はありますか？

⑥ そのほか、特にご希望されることはありますか？

⑦ たばこを吸われますか？ アルコールは飲みますか？

1日 本を 年間 を1日 ml

⑧ 女性の方にお聞きします（○をつけてください）

現在妊娠 あり なし 現在授乳 あり なし

⑨ 本日 投薬をする場合 どのような薬がご希望ですか？

・錠剤 ・粉薬 ・西洋薬 ・漢方薬 ・相談の上決めたい

⑩ 当院を何で知りましたか。○で囲んでください。（複数回答可）

・広告（新聞折込・看板・郵便局） ・友人の紹介 ・他の医院、病院からの紹介
・インターネット ・その他（具体的に ）