

フリガナ	男 ・ 女
お名前	
生年月日 大・昭・平成・令和 年 月 日 (才)	
ご住所 〒 —	
ご自宅	携帯電話
ご連絡が取れるように、ご自宅、携帯の電話番号をご記載ください	

・ どちらの科目を受診希望ですか？ どのような症状ですか？

内科受診 咳 鼻水 腹痛 下痢 吐き気 発熱 (°C)

その他 ()

眼科受診 目のかゆみ 見えにくい 痛みがある

その他 ()

・ 薬や食物でアレルギーが出たことはありますか？ はい ・ いいえ

(薬 ・ 食物の名前)

・ 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 喘息 心筋梗塞 脳卒中

その他 ()

・ 服用中の薬はありますか？ (お薬手帳があれば、ご提示ください)

()

・ (女性の方) 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

・ (女性の方) 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

・ 当院を何で知りましたか？ (複数選択可)

建物を見て インターネット 知人から聞いて チラシ・パンフレット

その他 ()