

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
ご住所	〒 -		
電話番号：	メールアドレス： ※メールアドレスは予約の呼出や医院からのお知らせの送付にのみ使用します。		

1、本日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？

体温： _____ ℃

※来院前・来院時の検温にご協力願います。

2、過去にかかった病気や入院・手術歴はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名：

3、現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名：

4、普段内服されているお薬やサプリメントがあれば、わかる範囲でご記入ください。

薬：

サプリメント：

5、お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

“はい”の方は具体的に記入してください。

6、たばこは吸いますか？ (はい ・ いいえ)

1日 () 本 × () 年間 ※禁煙された方もご記入願います。

7、お酒は飲みますか？ (はい ・ いいえ)

種類と量： (例：ビール大瓶 1本を週2 - 3回、日本酒 1合を毎日 など)

8、女性の方にお聞きます。

妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9、身長・体重を教えてください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg

10、当院を知ったきっかけは何ですか？

当院公式ホームページ ・ 病院検索サイト {病院なび・caloo・EPARK・その他 () }

自宅や職場の近隣 ・ 看板 (本山駅・覚王山駅・電柱) ・ ご家族、知人からの紹介 ()

その他 () ※差し支えなければどなたからの紹介か教えてください

11、特に医師に知らせておきたいことがありましたらご記入ください。

12、お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ ・ 忘れました)



お薬手帳は必要ですか？ (はい ・ いいえ)