

(ふりがな)

男・女 体重 ( ) kg

氏名

生年月日 年 月 日  
満 ( ) 歳

住所 〒

電話番号 自宅/勤務先 - - 携帯電話 - -

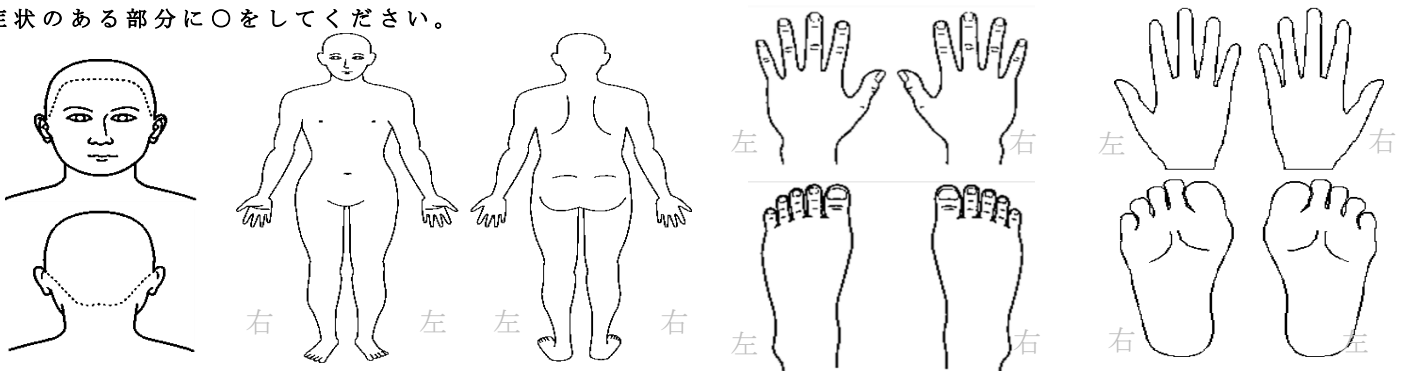
薬物アレルギーの有無	なし ・ ある：薬剤名 ( )
食物アレルギーの有無	なし ・ ある：種類 ( )
<b>●女性の方に</b> 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ	

●本日はどのような症状で来院されましたか？

[ ]

●症状はいつ頃から出てきましたか？ ( )

・症状のある部分に○をしてください。



●今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

(いいえ/はい : 病院) ( 科)

●既往歴 (病気、手術など)

なし・あり ( 歳 病名 : 手術 : )

●現在服用のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬名 ( )

●感染症はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方・・・B型肝炎・C型肝炎・梅毒・H I V (エイズ)

その他 ( ) ※感染症の方はご申告ください。

●当院へは、何がきっかけで来院されましたか？

通りがかり・近所・岩屋駅看板・JR三ノ宮駅看板・ホームページ

紹介 ( 様から)