

(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 ()

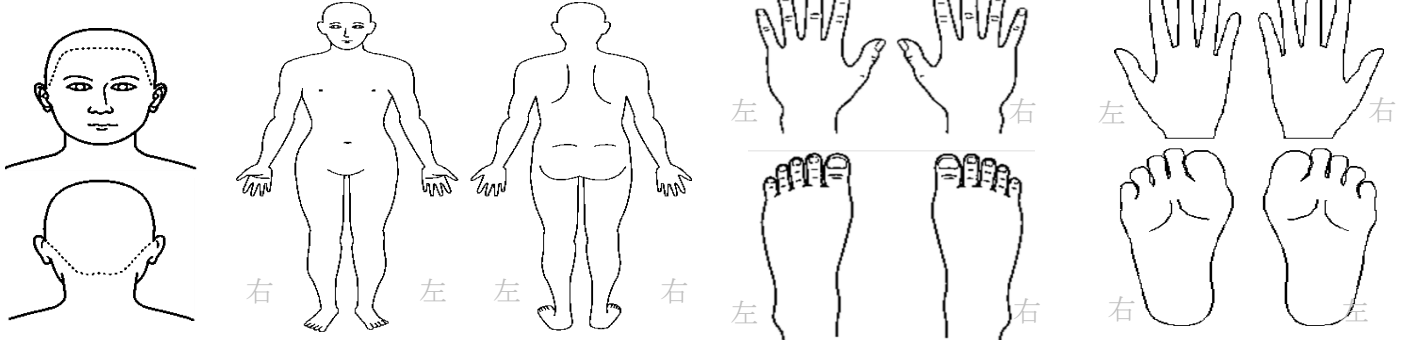
● **女性の方に** 現在妊娠している可能性はありますか？ はい (妊娠 週目) ・ いいえ
 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

● 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・阪神岩屋駅看板・JR 三ノ宮駅看板・JR 摩耶駅看板

阪急王子公園看板 坂バス・ホームページ・紹介 (様から)