記入年月日：

フリガナ 氏 名　　男 ・ 女	生年月日 大正・昭和・平成 年　月　日（　　歳）
〒（　　－　　） 住　　所： 電話番号：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－ 本人以外の 緊急連絡先：　　－　　－　　名前(関係)：　　（　　）	

来院時体温　　℃

【 現在の症状について 】

□発熱　□咳　□のどの痛み　□鼻水　□頭痛

□血圧が高い　□嘔吐　□下痢

□その他（　　）

【 その症状はいつからですか 】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【 薬・食物のアレルギーはありますか 】

□はい　薬剤・食物（　　）症状（　　）

□いいえ

【 現在、他の医療機関にかかっていますか 】

□はい

病院名（　　）病名（　　）

薬　（　　）

□いいえ

※お薬手帳をお持ちであれば受付に提出してください

【 女性の方に伺います 】

妊娠していますか？　□はい　（　　ヶ月）　□いいえ　□可能性あり

現在授乳中ですか？　□はい　（子供の月齢　　ヶ月）

※ 当院では、患者さんの個人情報の取り扱いに、万全の体制で取り組んでいます。
※ 診療費の請求業務のため、健康保険証のｺﾋﾟｰをとらせていただくことをご了承ください。
※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。