

ID:		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	生年月日	大正 昭和 平成 西暦
	男・女		才 年 月 日生
ご住所	〒	お電話	
お勤め先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	体温
			℃

★本日はどうなさいましたか？

---



---

★いつからですか？ \_\_\_\_\_ 日前から

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ     知人紹介     広告     その他 ( \_\_\_\_\_ )

★現在治療中のけが、病気はありますか？

ない

ある

病名： \_\_\_\_\_

かかっている医療機関： \_\_\_\_\_

★現在飲んでいるお薬はありますか？

ない

ある

飲んでいるお薬についてご記入ください： \_\_\_\_\_

★今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか？

ない

ある：食物 ( \_\_\_\_\_ )    薬 ( \_\_\_\_\_ )    その他 ( \_\_\_\_\_ )

★タバコについて

吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日)

吸わない

★お酒について

飲む ( \_\_\_\_\_ 日/週)

飲まない

★現在、妊娠中ですか？     はい     いいえ

授乳中ですか？     はい     いいえ

★何か気になることがあればご記入ください： \_\_\_\_\_