

受付時間

【 お手数ですが、ご記入お願いいたします 】

フリガナ: _____ ID _____

お名前: _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所: 〒 _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

●今日はどうされましたか？（あるものに○を付けて下さい）

（ _____ 日前から）

- ・かぜのような症状（咳 のどいた 鼻水 鼻づまり たん 熱 頭痛）
- ・おなかの調子が悪い（吐き気 嘔吐 下痢 便秘 腹痛）
- ・その他の症状（経過についてできるだけ具体的にお書き下さい。）

- ・食欲はありますか？（あり なし）
- ・気分の落ち込みはありますか？（なし あり）
- ・夜は眠れますか？（はい いいえ）

●これまでに大きな病気をされたことはありますか？（あり なし）

●食べ物やお薬などでアレルギーはありますか？（あり なし）

●現在治療中の病気・飲んでいるお薬がありましたら、お書き下さい。

●女性の方は現在、妊娠・授乳はされていますか？（あり なし わからない）

●診察に関してご希望、その他不安なこと、ご質問がありましたら自由にお書き下さい。

（できるだけ早く できるだけ検査を できるだけ安く 継続して診てほしい）

●お薬の剤形で希望されるものに○をつけて下さい。

（粉・シロップ・錠剤）