

受診者	フリガナ		
	氏名	男・女	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳)
		14歳以下の方は 体重 ( Kg)	
住所	〒(      —      ) 区		
	本日連絡の取れる携帯電話(      —      —      ) ) ◎携帯がない方は自宅		
来所方法	自家用車・タクシー・徒歩・バス・その他(      ) )		

主な症状を○で囲んで下さい。

発熱(      ℃)	せき	鼻水	のどの痛み	その他の症状はこちらにお書き下さい
腹痛	げり		はく・はきけ	
胸痛	動悸・息切れ		めまい	
頭痛	ぜんそく		発疹(ほっしん)	

主な症状はいつ頃・何時頃からですか	月	日(午前・午後)	時頃から
今までに、おおきな病気にかかったことはありますか	いいえ・はい	病 名	
薬、注射、食物などで何か異常やアレルギーがあったことはありますか	いいえ・はい	内 容	
普段服用している薬はありますか また、今日特別に服用した薬はありますか	いいえ・はい	薬の名前	・ わからない
かかりつけの医療機関はありますか	いいえ・はい	医療機関名	
2週間前までに外国にいましたか	いいえ・はい	地 名	

\*女性の方へ\*

現在妊娠中ですか	いいえ   ・   はい   ・   わからない
----------	--------------------------