

初めて診察を受けられる患者様へ

年 月 日

恐れ入りますが、ご記入下さい。

姓	名	生年月日
(フリガナ)		年 月 日生
御氏名		男・女
〒	—	
御住所		
電話番号 (自宅・携帯) () —		
どのように当院をお知りになりましたか		
・ご紹介 (ご紹介者名) ・通りすがり、看板を見て		
・インターネット : Yahoo・Google・その他(
・雑誌 (雑誌名) ・その他 ()		

1. いつから症状がありますか? 月 日 時頃から 日前から
2. 熱はありましたか? なし ・ 度(一日中ずっと・夜だけ出る・)
3. のどの痛みはありますか? 痛みなし ・ 飲み込みの時だけ痛い ・ いつも痛い
4. 咳は出ますか? 出ない ・ いつも出る ・ 夜寝てから ・ 朝方
5. 痰は出ますか? 出ない ・ 白い ・ 黄色い ・ 緑色 ・ 血が混じる
6. 他に症状はありますか?(鼻水、鼻づまりなど)
7. 現在、服用している薬はありますか?それはどこの病院で処方されたものですか?
なし ・ ある (薬品名:)
薬局で購入・医療機関で処方(病院名:)
8. 薬や食べ物などに対して過敏症(アレルギー)がありますか?
なし ・ ある ()
9. お薬に対してご希望がありますか?
なし ・ ある (錠剤がいい ・ 粉薬でもよい ・ 漢方薬希望 ・)
10. その他、気になることはありますか?

ありがとうございました