

受付番号

番

受診票

お車の色:
ナンバー:

年 月 日

※みずぼうそう、麻疹の疑いがある場合は、すぐに受付にお申し出ください。

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日 年齢（満 歳）	
住所			携帯番号	
※今月中に当院を受診されていますか。 1. 受診していない 2. 月 日に受診している			体温	体重
			℃	kg

1. 本日は、どのような症状で受診されましたか？

- ・発熱 ・のどが痛い ・咳 ・痰 ・鼻水 ・くしゃみ ・頭痛
・吐き気 ・嘔吐 ・腹痛 ・下痢 ・便秘 ・息苦しい ・血尿 ・排尿痛
・発疹 ・その他（ ）

2. 薬・注射・食べ物で具合が悪くなったことがありますか。

ない ・ ある（ ）

3. 今までに重い病気にかかったことがありますか。

ない ・ ある（ ）

4. 現在、治療中の病気がありますか。

ない ・ ある（ ）

5. 現在、服用している薬はありますか。

ない ・ ある（ ）

6. 薬の剤形について、飲めないものに×をつけてください。

こなぐすり（ ） シロップ（ ） 錠剤（ ） カプセル（ ）

※女性の方のみご記入ください。

妊娠していますか。 いいえ ・ はい（ 月）

授乳中ですか。 いいえ ・ はい（お子さまの年齢 歳）