

当院に初めての方へ

フリガナ

【氏名】

【性別】 男 ・ 女

【生年月日】 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)

【住所】 〒

【電話番号】 携帯：

自宅：

●症状とその発症日時、経過をお書き下さい。

- 妊娠中または妊娠の可能性 無 ・ 有
- 授乳中ですか。 無 ・ 有
- アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()
- 薬アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()
- アルコール類は飲みますか。 いいえ ・ はい (頻度： 回/週、 大体の量：)
- たばこを吸いますか。 いいえ ・ はい (本/日)
- 喫煙歴ありの方 喫煙歴 歳 ～ 歳まで

●薬局や他院でお薬を頂いていればお書き下さい。

●既往歴 (年齢をお書き下さい)

- ・心臓病 () ・脳卒中 () ・高血圧 () ・糖尿病 () ・高脂血症 ()
- ・痛風 () ・貧血 () ・結核 () ・肝臓病 () ・腎臓病 ()
- ・がん () ・胃潰瘍 () ・白内障 () ・緑内障 () ・眼底出血 ()
- ・喘息 () ・その他 () ※病名

●家族歴 (続柄をお書き下さい)

- ・心臓病() ・脳卒中() ・高血圧() ・糖尿病() ・高脂血症()
- ・喘息() ・肝臓病() ・腎臓病() ・結核() ・がん()

●コロナワクチン接種歴 回数： 回、 最終接種日は 年 月 日頃

●ご希望の薬局がある場合：薬局名 、電話番号
(コロナ陽性の場合に対応可能か確認させていただきます。お取り間違いを防ぐ為、電話番号まで記載下さい)

●現在ある症状に○を付けて下さい。

- ・咳 ・痰 ・咽頭痛 (のどの痛み) ・発熱 (度) ・鼻水 ・鼻づまり
- ・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 (節々の痛み) ・全身倦怠感 ・嘔気 (はきけ) ・嘔吐
- ・腹痛 ・下痢 (日頃から 回/日)