

ふりがな		生年月日	大正/昭和 平和/令和 年 月 日		
氏名		電話番号	自宅 ()	—	
			携帯 ()	—	
住所 〒 —		必ず記入! 緊急連絡先 ※本人以外	氏名:	(続柄)	
			自宅/携帯 ()	—	
世帯主又は被保険者			身長 _____ cm	体重 _____ kg	
氏名			体温 _____ °C	SPO2 _____ %	
		(続柄)	コロナワクチン・未接種	・接種済(ファイザー・モデルナ)	
			1回目 _____ 年 /	2回目 _____ 年 /	
			コロナワクチン3回目	・未接種	・接種済
			(ファイザー・モデルナ)	3回目 _____ 年 /	
				(車 ・ 徒歩)	
				車種やナンバー等	
				()	

●本日、受診されること主な症状は？

・いつごろから？

・どのような症状か？

●今までにかかった主な病気・けが・手術は？(既往歴)

●家族や血縁者に以下の疾患の方はいますか？チェック☑を入れてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・がんや悪性の病気 ・その他

●アレルギーはありますか？チェック☑を入れてください。

・あり ↓↓ ・なし ・薬剤 () ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・食べ物 () ・花粉 () ・その他 ()

●お酒やたばこ、一日の頻度は？チェック☑をいれてください。

・たばこ(毎日 時々 吸わない) ・お酒(毎日 時々 飲まない)

●現在、他院に受診されていますか？チェック☑をいれてください。

・なし ・あり (診療科: _____ 病名: _____)

●現在、服用中の薬はありますか？チェック☑をいれてください。ある方は薬剤名を記入してください。

・なし ・あり お薬手帳はお持ちですか？ ・なし ・あり ※受付に提出お願いします

●現在、妊娠されていますか？(女性の方)チェック☑をいれてください。

・してない ・している (妊娠 _____ ヶ月: 出産予定日 R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

●以前、当院にかかれたことはありますか？チェック☑をいれてください。

・なし ・あり (いつごろ: _____)

●介護認定を受けていますか？また介護保険サービスの利用はありますか？チェック☑をいれてください。

・不明 ・なし ・あり (※ありの方は別紙の記載がありますのでよろしくをお願いします。)