今日はどうなさいましたか？（該当に〇印ください）

風邪ぎみ　のどの痛み　　咳　　痰

花粉症　　鼻水・鼻づまり

頭痛　　めまい　　腰痛

腹痛　　吐き気　　下痢　　便秘

健診で受診を勧められた

皮膚科／外科希望➡（　　）

医師に直接話をしたい

その他（　　）

当院での計測体温
（必要な方のみ）
℃

皮膚科／外科の症状や部位を簡単にご記入ください

お薬アレルギー　なし･あり（薬名：　　）

服用中のお薬　　なし･あり☞本日お薬手帳　あり・なし

☆12 歳未満のお子様は体重を教えてください（　　Kg）

フリガナ お名前		生年月日	明治　大正　昭和　平成 年　月　日
性　別	男・女	※妊娠中、妊娠の可能性のある方、 授乳中の方　は医師にお申し出ください	
ご住所	〒　　－ 都道府県　　市 区　　町　丁目　番　号　号室		
ご連絡先	緊急でお薬や紹介状のことでご連絡する場合がございます できるだけ第二連絡先までのご記入をお願いします ①　　－　　－　　②　　－　　－		
お勤め先			