

日付

ID

受付時間

:

フリガナ		男 ・ 女	大正 昭和 平成	生 年 月 日	
氏名				年	月
住所	〒 - 相模原市 (中央区・南区・緑区)				
電話番号	自宅:		緊急連絡先: (続柄等: )		
	携帯:				
身長:	cm	体重:	kg	女性の方へ: ◆妊娠: 無・有(第 週) ◆授乳: 無・有( 回/日)	

本日はどのようなことでご来院されましたか? (複数チェック可)

あてはまるものを○で囲んでください。

\*緊急・重症の方は看護師が対応いたします。  
受付にお声掛けください。

現在、症状があるため

◆いつから: \_\_\_\_\_

◆症状: ・熱 (最高 \_\_\_\_\_ °C・いつ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) (現在 \_\_\_\_\_ °C)

・咳 ・喉の痛み ・鼻づまり ・鼻水 ・痰 ・寒気 ・関節痛

・胃痛 ・腹痛 ・吐き気、嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・血便

・血圧 (高い: \_\_\_\_\_ 低い: \_\_\_\_\_ )

・頭痛 ・めまい ・身体の麻痺やしびれがある

・胸痛 ・動悸 ・息苦しい ・ろれつがまわらない

・その他: 具体的にご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

健診や他院で異常があり、受診を勧められた

\*「紹介状」や「検査結果」等をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付にお渡しください。

予防接種を受けたい: ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在、治療中・経過観察中の病気がありますか?	無・有	病名:
現在、飲んでいるお薬がありますか?	無・有	薬の名前: <input type="checkbox"/> お薬手帳あり
今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか?	無・有	病名など:
お薬で副作用が出たことがありますか?	無・有	薬の名前: 症状:
アレルギーがありますか?	無・有	食物・動物・花粉・ハウスダスト・その他( _____ )

アルコール: <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 ( _____ 日/週) <input type="checkbox"/> たまに・機会があったら
種類:	一日に飲む量:
たばこ: <input type="checkbox"/> 吸う ( _____ 本/日・ _____ 年) <input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸っていた ( _____ 本/日・ _____ 年)

ありがとうございました。