

# 診察受付カード

# 本日受付番号

受診者	フリガナ				
	氏名	男・女			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生(歳)
		14歳以下の方は 体重(Kg)			
	住所	〒( ) 区			
本日連絡の取れる携帯電話( ) ◎携帯がない方は自宅					
同居している家族構成	配偶者・子・親・兄弟・弟妹・その他( )				
来所方法	自家用車・タクシー・徒歩・バス・その他( )				

主な症状を○で囲んで下さい。

発熱(℃)	せき	鼻水	のどの痛み	その他の症状はこちらにお書き下さい
腹痛	げり		はく・はきけ	
胸痛	動悸・息切れ		めまい	
頭痛	ぜんそく		発疹(ほっしん)	
				ご希望の方は ご記入下さい
				錠剤・粉薬・シロップ

主な症状はいつ頃・何時頃からですか	月	日(午前・午後)	時)頃から
今までに、おおきな病気にかかったことはありますか	いいえ・はい	病名	
薬、注射、食物などで何か異常やアレルギーがあったことはありますか	いいえ・はい	内容	
普段服用している薬はありますか また、今日特別に服用した薬はありますか	いいえ・はい	薬の名前 ・ わからない	
かかりつけの医療機関はありますか	いいえ・はい	医療機関名	
2週間前までに外国にいましたか	いいえ・はい	地名	

**\*女性の方へ\***

現在妊娠中ですか	いいえ・はい・わからない	授乳中ですか	いいえ・はい
----------	--------------	--------	--------