

診察を受けられる方へ

受診日 令和 年 月 日

ふりがな お名前	性別	男・女	生年月日	(大・昭 平・令)	年	月	日
ふりがな ご住所	〒						
自宅電話	()	携帯電話	()		
※必要な方はご記入ください							
ご家族の連絡先	お名前	続柄	電話	()		

- 1) 本日はどうなさいましたか？ 体温 _____ °C
頭痛・めまい・物忘れ・鼻水・咳・だるさ・体の痛み・関節痛・下痢・嘔吐
腹痛・その他 ()
- 2) いつからその症状はありますか？
- 3) 現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方はどのような病気かをお書きください
 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病
 その他 ()
かかっている病院名 ()
- 4) 使用しているお薬はありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方はお薬の名前をお書きください
お薬の名前 ()
※お薬手帳をお持ちでしたら、お出してください
- 5) お薬のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方はアレルギーのあるお薬名をお書きください
お薬名 ()
- 6) 女性の方にかがいます
現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ
妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- 7) MRI 検査を希望しますか？ はい ・ いいえ ・ 必要があれば
- 8) その他診察時に聞きたい事がありましたらお書きください

ご協力ありがとうございました

※ご記入いただいた個人情報につきましては、診療の目的以外で使用することはありません

南守谷クリニック