

はじめてのかたに

Date
日付 年 月 日

ふりがな _____

Name
氏名 _____

Age
年齢 _____ 才

Sex
性別 (Male 男 ・ Female 女) _____

Date of birth
生年月日 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦) _____ 年 月 日

Address
住所 〒 _____

TEL () _____

E-mail @ _____ (空欄でも可)

Portable phone
携帯電話 () _____

● いつからどのような症状でお困りですか。

What symptoms do you have? / When did the symptoms start?

(例) 2日前から37.6度の熱があり、吐き気がある。

Body temperature

体温 _____ °C

1. 現在、治療中の病気はありますか。 Are you currently undergoing treatment for any disease?

2. 現在、服用中の薬はありますか。 Are you currently taking any medications?

3. 女性の方のみお答え下さい ^{pregnant}妊娠中 ^{breastfeeding}授乳中 ^{irregular menstruation}生理が不順 ^{n o}なし

4. 薬や食べ物などでアレルギーがでたことがありますか。 Are you allergic to any foods or medications?

5. お会計時に診療明細書は必要ですか。 はい ・ いいえ

● 希望することがありましたらお書きください。(薬が欲しい、検査を希望する など)

Do you have any request for us?

ご記入ありがとうございました 庄南内科