

ふりがな
氏 名 _____ (男・女)
生年月日 西暦 _____ 年 月 日 (才)
職 業 _____
〒(_____ - _____) 熱 _____
住 所 _____
電話番号 (_____) _____

- 今日はどうのような症状で受診されましたか。お薬手帳をお願いします

- 慢性の病気などで現在治療を受けていますか
 いいえ はい (はいの場合、病名・薬名などをご記入下さい)

- 過去に入院したり、手術を受けたことがありますか
 いいえ はい (はいの場合、病名などをご記入下さい)

- いままで飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか
 いいえ はい (はいの場合、以下に分かる範囲でご記入下さい)
薬の名前、種類と副作用の症状 _____
- いままで何らかのアレルギー症状が出たことがありますか
 いいえ はい (はいの場合、以下に分かる範囲でご記入下さい)
アレルギーの種類と症状 _____

- タバコは吸われますか
 いいえ はい (1日 _____ 本 _____ 年間) 過去に吸っていた

- お酒は飲まれますか
 いいえ はい (毎日 週2~3回 週1回程度 それ以下)

- 女性の方におたずねします ★現在妊娠中ですか
 いいえ はい (予定日 年 月 日) 可能性がある 不明

- ハッピーねもとクリニックを受診された理由に○をつけて下さい
 - 1 近くに住んでいる、または近くに勤めている
 - 2 家族が当院に受診している
 - 3 知人にすすめられた
 - 4 他の病院・医院から紹介された
 - 5 当院のホームページを見た
 - 6 電話帳などを見た → (・電話帳 ・くらしの便利帳 ・タウンガイド)
 - 7 看板を見た → (・電柱 ・道路 ・京阪上栄町駅構内)
 - 8 その他(_____) ご協力ありがとうございました