



ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名			年 月 日 歳	
住所	〒			
連絡先	(携帯)	(自宅)		
	体重 (小児のみ)		kg	

● 本日はどのような症状でご来院されましたか？

該当する症状がございましたら○をお付け下さい。

熱	℃	熱さましを ( のんでいる ・ のんでいない )
せき	鼻水	のどの痛み
吐く	腹痛	下痢
発疹	かゆみ	かぶれ
やけど	けが	
予防接種	健康診断	相談
		いつから？
		3週以内に海外から帰国した。( はい ・ いいえ )
		他の症状、特に心配な事など

● [はい]または[いいえ]でお答えください。[はい]の場合は具体的にお答えください。

現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれた事がありますか？

はい	時期	病名
いいえ		

現在のんでいるお薬はありますか？

はい	薬剤名
いいえ	

アレルギーはありますか？

はい	アレルゲン (合わないお薬・食べ物・生き物・花粉・ハウスダストなど)
わからない	
いいえ	

● 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠をされていますか？

はい (妊娠 月)	わからない	いいえ
-----------	-------	-----

現在授乳をされていますか？

はい	いいえ
----	-----

● 神奈川ひまわりクリニックをどちらでお知りになりましたか？

該当するものがございましたら○をお付け下さい。

・ご紹介 ( 様)	・区役所からのお知らせ
・ホームページ	・広告 (電話帳 / 駅看板 / 他)
・ホームページ以外の医療機関情報サイト	・その他 ( )