



ふりがな		男・女	生年月日	和暦→ 昭和・平成・令和	年		
氏名			和暦西暦 両方記入	西暦	年	月	日
住所	〒						
連絡先	(携帯)			(自宅)			

● 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。

(小児のみ回答) 体重 kg  
錠剤→ のめる ・ のめない  
※粉薬しかない場合もあります

熱	熱さましを ℃ ( のんでいる ・ のんでいない)	他の症状、特に心配な事など	味覚・臭覚障害、倦怠感、頭痛 コロナワクチン接種歴 1回目 ( / ) ファイバー・モル汁 2回目 ( / ) ファイバー・モル汁 3回目 ( / ) ファイバー・モル汁
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？

● [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	病名	悪性腫瘍、COPD、糖尿、高血圧、脂質異常、腎臓病
いいえ		喫煙 (有・無)

現在の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	アレルギー (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 ( )