



ふりがな		男 ・ 女	生年 月 日	和暦・西暦 両方記入して下さい。							
氏名				和暦	昭和・平成・令和	年					
住所	〒 - -						西暦	年	月	日	歳
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 _____ °C	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	
せき	鼻水	のどの痛み	
吐く	胃痛	下痢・腹痛	
倦怠感	頭痛	皮フ	
濃厚接触 有 ・ 無	抗原検査 (+) ・ (-)	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(がん)、COPD、 糖尿病、高血圧、脂質異常症
いいえ		

- ◆ 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	アレルゲン(合わないお薬・食べ物・生き物・花粉・ハウスなど)
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  か月)	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？

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( _____ )