ふりがな		,	_	_ /	
氏名	(男・女)	年	月	日(才)
住所〒 ☎ 携帯番号		 電話番号			
		电前笛力			
現在の体温	°C 身長	c m	体重		k g
◆ 本日はどうされましたか	7				
一 本口はこうさればしたが	•				
 ■ 現在飲んでいる、または何	吏用している薬はありる	ますか?			
● 今までにアレルギー(花粉	分症・食物・薬剤)と	言われたことは	ありますか?	}	
ない ・ ある ())
● 今までにかかった病気はる	ありますか?あてはまる	るものに○をつ	けて下さい。		
水痘(水ぼうそう)・氵	流行性耳下腺炎(おた。	ふく)・ 喘息・	心臓病・	高血圧症	
糖尿病 ・ その他()		
● 来院1か月以内に予防接続	重を受けましたか?				
いいえ ・ はい (予防	接種名:)
● 健康状態についてお尋ね	します。				
睡眠: 良い ・ 悪い	(寝つきが悪い・夜中	に目が覚める・	その他)
食欲: ある ・ ない					
喫煙: 吸わない ・	やめた ・ 吸う(一	日 本)			
飲酒: 飲まない・	飲む(毎日 週に 月	C	回)		
妊娠中: いいえ ・	はい (週)				
● 当院は院外処方となって	おります。お薬が出た均	易合、薬局はど	ちらにします	├か?	
当院向かい側の青りんご	調剤薬局 ・ かかりつり	ナの薬局			