

当院へはじめて来院された方へ

下記の項目について、御記入ください。

20 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
お名前		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
電話	自宅: ( )	
	携帯: ( )	
住所	〒 -	

○小学生までのお子さん 体重( kg)

○女性の方にうかがいます。

・妊娠をされていますか？

いいえ・はい( ヶ月)

・授乳をされていますか？

いいえ・はい

1.本日は、どのようなことで来院されましたか？

発熱( °C) 鼻水(透明・黄色や緑色) 寒気  
頭痛 喉の痛み 咳 痰 関節痛 倦怠感 花粉症  
胸痛 動悸 吐き気 嘔吐 胃痛 腹痛 下痢 発疹  
高血圧 コレステロール異常 糖尿病 検診で異常あり  
健康診断 プラセンタ にんにく注射 ED AGA

その他( )

2.今まで大きな病気と診断されたことはありますか？

いいえ・はい(具体的に )

3.今までに薬や注射の後などに体に痒みを感じたりアレルギーと言われたことはありますか？

いいえ・はい(具体的に )

ご協力ありがとうございました。

診察まで、しばらくお待ちください。

和田クリニック