

ふりがな	生年月日（ ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和）
氏名：	☐ 男 ☐ 女 年 月 日（ 歳）
〒（ - ）住所：	
自宅電話番号：	携帯電話番号：
メールアドレス：	@
職種：	会社・学校名：
体温 度	

緊急連絡先（本人以外）氏名：	関係：	携帯電話番号：
----------------	-----	---------

* お子さんのみお答えください。	
服用可能なお薬の形状	☐ 錠剤 ☐ 粉 ☐ シロップ 体重 kg
* 女性の方のみお答えください。	
最終月経：	月 日 ~ 月 日 閉経（ ）年前
☐ 妊娠中：	ヶ月（出産予定日： 病院名： ）
☐ 妊娠の可能性がある	☐ 授乳中（お子さんの年齢： 歳 ヶ月）
* 65歳以上の方のみお答えください。肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか？	
☐ はい ☐ いいえ	
（接種日：	接種病院名： ）
* マイナ保険証を提示された方のみお答えください。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	
☐ はい ☐ いいえ	

1	どのような症状で来院されましたか？紹介状をお持ちの方はご提出ください。 いつ頃から 症状
下記希望があればご記入ください。 ☐ 健康診断 ☐ 禁煙外来 ☐ アレルギー検査 ☐ エピペン処方	

