

ふりがな
氏名

男・女

生年月日)

年 月 日

希望される科を選択してください。

- 整形外科 内科 脳神経内科 リウマチ科 わからない

どのような症状がありますか？

いつからですか？

- 2~3日前から 1週間前から 1か月前から 半年ぐらい前 それ以上

原因は何ですか？（整形外科に受診される方のみご記入ください）

- ケガ 交通事故 スポーツ 不明 その他（)

他の病院にかかったことがありますか？

- いいえ・はい（医療機関名：)

今までに下記の病気やケガ、その他入院を必要とする病気やケガをしたことがありますか？

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病 前立腺肥大
緑内障 悪性腫瘍 高コレステロール血症
骨折(部位：) その他()

現在も治療中ですか？

- いいえ・はい（医療機関名：)

手術を受けたことがありますか？

- ない・ある（どこ：)

薬や食べ物のアレルギー症状（発疹、気分不快）を起こしたことがありますか？

- ◆薬 いいえ・はい（薬名：)
◆食べ物 いいえ・はい（食べ物：)

※女性の方のみお答えください

- 妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある
授乳中ですか？ いいえ はい

薬局に処方箋をFAXし、受取までの時間を短縮することができますが、希望されますか？

- かかりつけ薬局を希望する（薬局名：)
最寄りの薬局を希望する
希望しない

症状の部位を記入してください。痛み：○で囲む しびれ：斜線を引く

