初めてご来院の方に　　No.

ふりがな		男・女	生年月日	大正	年　月　日
氏　名				昭和	
				平成	歳
現住所	〒				
電　話					

○本日はどうされましたか○

◦かぜ症状
・発熱（　　℃）　・悪寒、寒気　・咽頭痛
・せき　・たん　・鼻汁
・その他（　　）

◦お腹の症状
・腹痛　・下痢　・水様便
・血が混ざる　・吐気、嘔吐（　）回　・お腹がはる
・食事がとれない　・その他（　　）

いつ頃からですか
・今日から　・（　）日前から　・（　）週間前から
・（　）ヶ月前から　・（　）年前から
・自覚症状（　　）

□名古屋市ガン検診希望　・胃ガン　・大腸ガン　・前立腺ガン　・骨粗しょう症
□健康診断　・診断書希望

その他　（　　）

現在内服中のお薬
・ない
・ある　お薬手帳があればご提示ください

今までに薬や注射で副作用が出たことがありますか
・ない
・ある（　　）

医療費明細書（診療内容が記載された用紙）　・必要　・不要