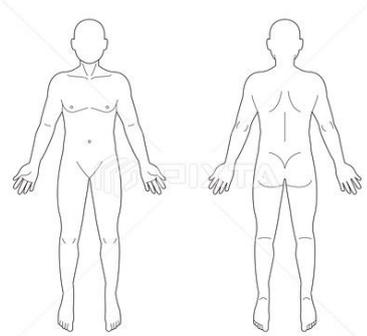


フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和		(歳)
ご住所	〒	自宅・携帯電話	<input type="checkbox"/> 平成		
		勤務先電話	<input type="checkbox"/> 令和		() kg
勤務先・学校		職業			

症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> () 月 () 日から	
※ 症状のあるところに○を付けて下さい。  <p style="text-align: center; font-size: small;">pixta.jp - 32040421</p>	症状 <input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰()色 <input type="checkbox"/> 鼻水()色 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 *今期のインフルエンザワクチンは接種済・未 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 爪の痛み <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
	肛門の症状 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ
	ケガをした どこで?どのように?怪我をしましたか。 【 】 <input type="checkbox"/> 工作中的のケガ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 学校でのケガ
	< 交通事故の状況 > 事故日 月 日 時 分 状況 <input type="checkbox"/> 車×車 <input type="checkbox"/> 車×人 診断書 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
	ご希望の検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 生命保険健康診査 <input type="checkbox"/> 検診の再検査 (検診結果の持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> がん(部位) <input type="checkbox"/> その他【 】
飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ② お持ちの方は必ず受付にご提示ください。 ※「お薬手帳 なし」と答えた方 薬品名【 】 病院名【 】
お薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 薬品名【 】 食品名【 】
手術をされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 いつ頃() 病名() 病院名【 】
日頃の飲酒について <input type="checkbox"/> ない	() ml を 週に () 日
日頃の喫煙について <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 一日に () 本を () 年間 <input type="checkbox"/> 過去にあり
食事はされて来ましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 時 () 分	
女性の方へ	生理中 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠 () ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中