

ふりがな		男・女	( 才)
氏名		生年月日	平成 年 月 日
住所	〒 -	電話	自宅 携帯
身長 ( cm)	体重 ( kg)	平熱 ( °C)	
6歳未満の方 集団生活	あり ( 幼稚園 ・ 保育園 )	まだ	

☆いまの症状といつからかを詳しくお書きください。

☆現在飲んでいるお薬はありますか？（市販のお薬も含みます）

ある

／ ない

（薬の名前）

☆アレルギーはありますか？

ある ( 薬 食べ物 アトピー 花粉症 ぜんそく その他 )

／ ない

☆ご要望やご意見があればお書きください。

（例） 薬はシロップがいい、錠剤がいい など。

#### アンケート

今後の医院運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。

当院を受診されたきっかけは？	①紹介 勧められて 紹介者 ( ) ②インターネット・ホームページ ③近所だから ④その他
----------------	--