

受診日 平成 年 月 日

フリガナ
お名前

様 (男・女)(歳) 体重(kg)

●いつ頃から、どのような症状がありましたか？（前回の続きの方は、気になる症状など）

●熱はありますか？ いいえ はい(°C)

●この症状に対して今まで治療されましたか？（他院受診、市販薬内服など具体的に）

●1ヶ月以内の海外渡航はありますか？ 国名： 期間： / ~ /

●女性の方 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい(妊娠 ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ はい