

※該当しない項目は、「なし」「いいえ」を必ず記入。

①お名前（漢字・フリガナ）

②性別

③生年月日

④年齢

⑤住所（郵便番号から部屋番号まで）

⑥電話番号（ご自宅）

⑦携帯番号（必ず連絡の取れる番号）

⑧身長・体重

⑨保護者の氏名・保護者の携帯番号

⑩いつからどのような症状ですか（時系列で記載、熱は何℃等具体的に）

⑪お薬は飲まれましたか。いつ何を飲みましたか。

⑫これまでに病気にかかったことはありますか。ある場合、病名を記入ください。
（高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・喘息・肝臓病・腎臓病・無呼吸症候群など）

⑬手術を受けたことはありますか。ある場合、病名を記入してください。

⑭通院中の病院や医院はありますか。ある場合、病院名・処方薬の名前を記入してください。

⑮タバコは吸いますか。吸う場合、一日の本数を記入してください。

⑯お薬や食品でアレルギーがありますか。ある場合は、アレルギーの内容を記入してください。

⑰妊娠中ですか。

⑱授乳中ですか。