**お名前　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年齢**

・住所（保険証と違う場合は記入してください）：

・電話番号：

・緊急連絡先：

**●いつからどのような症状がありますか？**

**●現在治療中の病気はありますか？**

　□なし　　□あり　病名：

病院名：

**●服用している薬はありますか？**

（※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出してください）

□なし　　□あり　（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●今までにかかった病気はありますか？また入院したことや手術を受けたことはありますか？**

　□なし　　□あり（病名：　　　　　　　　　病院名：　　　　　　　　　）

**●薬や食べ物、アルコールなどのアレルギーはありますか？**

　□なし　　□あり（食べ物名・薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

**●女性の方のみ**

・現在妊娠中ですか？　□いいえ　□可能性がある　□はい（妊娠　　　週）

・現在授乳中ですか？　□いいえ　□はい

**●本日の受診に付き添いの方はいますか？**

　□いいえ　□はい（ご関係：　　　　　　　　　）

**●運転免許証を持っていますか？**

　□いいえ

□はい（今後持ちたいと考えていますか？　□はい　□いいえ）

**裏に続きます**

**●何か気になることがあれば記入してください**

**●精神障害者保険福祉手帳や療育手帳を持っていますか？**

　□なし　　　□あり（次回申請日：　　　　　　　）

**●医療費の助成を受けていますか？**

　□いいえ　　□はい　□自立支援医療

　　　　　　　　　　　□小児慢性特定疾患治療研究事業

　　　　　　　　　　　□乳幼児医療費助成制度

**体重 kg**

**身長 cm**