

カナ	明・大・昭・平 年 月 日	
名前	男・女	才
住所		
電話	携帯番号	
その他・緊急連絡先		
(1) 今までに大きな病気をしたことがある。 はい・いいえ 病名 ()		
(2) 他の病院で治療を受けている。 はい・いいえ		
(3) 他の病院、または薬局の薬を飲んでいる。 はい・いいえ 薬名 ()		
(4) 薬による副作用、またはアレルギーの経験がある。 はい・いいえ 症状 ()		
(5) 食べ物によるアレルギーの経験がある。 はい・いいえ 症状 ()		
(6) ジェネリック医薬品（後発医薬品）について。 希望する・希望しない		
(7) 妊娠中、授乳中または妊娠している可能性がある。 はい・いいえ		